TESIS DOCTORAL

SERIE: SALUD

El arte del cuidado: Un legado reflexivo de saber

Marta Rodríguez García

Madrid, 2012

Universidad Europea de Madrid
LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES

Universidad Europea de Madrid
LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES

TESIS DOCTORAL

SERIE: SALUD

El arte del cuidado:

Un legado reflexivo de saber

Programa de Doctorado en Ciencias de la Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud

Marta Rodríguez García

Dirigida por:

Dr. D. José Luis Medina Moya

y

Dr. D. Epifanio Fernández Collado

Madrid, 2012

INFORME Y AUTORIZACIÓN DE LOS DIRECTORES PARA PRESENTAR LA TESIS DOCTORAL

La Tesis Doctoral "El arte del cuidado: Un legado reflexivo de saber" realizada por Dña. Marta Rodríguez García, hace aportaciones relevantes y novedosas al ámbito de estudio de la enseñanza clínica en la Educación Superior y más concretamente en la de la Enfermería. El contenido de la tesis es pertinente y relevante pues responde a preocupaciones actuales en el campo de la docencia universitaria en Enfermería. De hecho, se analiza uno de los enfoques más novedosos de este ámbito; la enseñanza reflexiva. El marco teórico desarrollado es cuasi-exhaustivo y se consideran las aportaciones más relevantes y actuales del campo. En cuanto a los objetivos cabe destacar que son pertinentes y reflejan adecuadamente las pretensiones de la investigación. La extensión y profundidad de los mismos están suficientemente delimitadas para que sean pretensiones alcanzables. Por otra parte, los objetivos formulados se desprenden de manera lógica y consistente del marco teórico que fundamenta la tesis doctoral. El enfoque metodológico seleccionado (investigación cualitativa) y las estrategias de recogida de información son coherentes con la delimitación epistemológica del objeto/sujeto de estudio. Además son muy pertinentes para la consecución de las intenciones reflejadas en los objetivos propuestos. Los resultados son de elevado interés dado la rigurosidad en los procesos de elaboración y lo pertinente de sus interpretaciones. Considero que las nuevas vías de comprensión que ofrece y el muy interesante enfoque teórico-epistemológico en el que se apoya la investigación, hacen de esta tesis un recurso de primera magnitud para arrojar luz acerca de las prácticas de formación clínica de las enfermeras en nuestro país y de la mejora de esos procesos. La presentación del trabajo es correcta. El índice, las referencias bibliográficas y la citación se han realizado de manera correcta. La presentación general es adecuada. La valoración global de la tesis doctoral es positiva, su rigor y lucidez en los planteamientos metodológicos y la sistematicidad y brillantez del marco teórico hacen de ella un trabajo loable. En síntesis, cumple todos los requisitos formales y de contenido para ser defendida ante el tribunal designado.

El **Dr. D. José Luis Medina Moya** Director de la Tesis y el **Dr. D. Epifanio Fernández Collado**, Director de la Tesis de la que es autora **Dña. Marta Rodríguez García:**

AUTORIZAN la presentación de la referida Tesis para su defensa en cumplimiento del Real Decreto 1393/2007, de 29 de Octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales y de acuerdo al Reglamento de Enseñanzas Oficiales de Máster Universitario y Doctorado de la Universidad Europea de Madrid RD 1393/2007

Madrid, 8 de Marzo de 2012

DIRECTOR DE LA ESCUELA DE DOCTORADO E INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID

Para Gonzalo

Por cuidarme como nadie cada día

AGRADECIMIENTOS

Esta aventura comenzó siendo un sueño y como todo sueño pensaba que era inalcanzable. Por fin, puedo estar de acuerdo con Picasso cuando afirmó “todo lo que pueda soñarse es real”. Este sueño no hubiera sido posible sin la ayuda, acompañamiento y apoyo de tantas y tantas personas...
A todas ellas, mi más sincero agradecimiento.

Quiero comenzar por mis Directores de Tesis. Mi agradecimiento en primer lugar, a Jose Luis Medina Moya, a quién admiro profundamente, quien me ha guiado a lo largo de estos años, comportándose como un experto en el uso del silencio, acompañándome con paciencia en el descubrimiento propio de ideas y motivándome continuamente. ¡No hubiese podido tener mejor apoyo! Gracias Jose Luis. También mi gratitud a mi Co-Director Epifanio Fernández Collado por apoyarme y acompañarme en esta experiencia de vida y logro personal.

Mi más sincera gratitud y mi reconocimiento a los profesionales y estudiantes que han colaborado en la tesis a lo largo de todo este tiempo, porque sin ellos, no hubiera sido posible. Muy especialmente a Cristina Caviedas, Carmen Urbano y Arancha Diez-Madroñero, por cederme su tiempo y sus reflexiones, por compartir su conocimiento práctico-experto conmigo y con tantos y tantos estudiantes. Sin vosotras, tampoco hubiese sido posible.

A los centros sanitarios, por permitirme el acceso a los profesionales, facilitándome todos los recursos a su disposición para desarrollar la investigación. En especial a Teresa Marcos por ponérmelo todo tan fácil.

A mi Director de Área, Epifanio Fernández Collado y mi Director de Departamento, Manuel Moreno Preciado, por su apoyo en la realización y culminación de este proyecto personal y profesional, por darme ánimos y por ofrecerme su inestimable ayuda.

A mis compañeros de trabajo por animarme a que siguiera adelante en tantas y tantas ocasiones, por permitirme desahogarme y por ayudarme a resolver cada uno de los problemas que iban apareciendo, muy especialmente a Miriam y Montse.

A mis amigos Inma, Pilar, Javier, Beatriz, Irene y Jose Luis por haber comprendido siempre el esfuerzo que esto significaba, sin perderlos en el camino.

A mi familia, por supuesto, a mi madre, a Tino, a mis hermanos y cuñados por esperar pacientemente y por estar siempre a mi lado. Por comprender tantas y tantas renuncias a comidas, cenas, visitas y reuniones.

A mi abuela, por guiar eternamente todos mis pasos.

Y por último, mi agradecimiento, admiración y todo mi amor para Gonzalo. Por haber sido mi gran apoyo durante este tiempo. Gracias por adaptarte como nadie, por comprenderme, por aguantarme, por renunciar a tantos y tantos planes y por las tardes de fin de semana, de sillón y televisión, mientras yo estaba “con la Tesis”. Para ti y para nuestro proyecto de vida, este esfuerzo. Sin ti no lo hubiera conseguido.

El principal objetivo de la educación es crear personas capaces de hacer cosas nuevas, no simplemente repetir lo que otras generaciones han hecho.

El segundo objetivo de la educación es formar mentes críticas, con capacidad de verificación, que no acepten sin más todo lo que se les da.

Jean Piaget

ÍNDICE

RESUMEN/ABSTRACT 21

INTRODUCCIÓN 25

1. Concepción de la Tesis. Una experiencia de desaprendizaje 25

2. Organización de los contenidos de la investigación 38

CAPÍTULO 1. CONCRECIÓN DEL PROBLEMA 43

1. Situación actual del aprendizaje práctico de los estudiantes 43

2. Necesidad de un cambio en la formación práctica 53

3. Pretensiones de la investigación 62

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN 69

1. El conocimiento experto y su relación con el proceso reflexivo 69

1.1. Partiendo de la reflexión hacia el proceso reflexivo 69

1.2. El proceso reflexivo como vía para la emancipación profesional 75

1.3. El proceso reflexivo: la semilla del saber práctico 83

1.4. Papel de la intuición en la práctica profesional de los profesionales expertos 105

2. El legado del cuidado como práctica reflexiva 112

2.1. Situación actual de la formación práctica 112

2.2. ¿Qué es la práctica reflexiva? 118

2.3. La relación pedagógica en el practicum reflexivo 126

2.4. Papel del tutor en el prácticum reflexivo 133

2.5. Papel del estudiante en el practicum reflexivo 144

2.6. Enfoques y modelos para una formación reflexiva 146

CAPÍTULO 3. ASPECTOS METODOLÓGICOS Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN 159

1. Aspectos metodológicos y de diseño de la investigación 159

1.1. Fundamentación ontoepistémica 159

1.2. Enfoque cualitativo de corte etnográfico 162

1.3. Estrategias de recogida de información 174

1.3.1 Observación no participante 174

1.3.2. Conversaciones reflexivas entre tutores y estudiantes 176

1.3.3. Entrevistas dialogadas en profundidad 177

1.3.4. Entrevistas grupales 179

CAPÍTULO 4. EL TRABAJO DE CAMPO 183

1. La descripción del trabajo de campo realizado 183

1.1. Primera aproximación al contexto de la formación práctica de los estudiantes 183

1.2. Segunda aproximación al contexto de la formación práctica de los estudiantes 185

1.2.1. Selección de los participantes y de los centros asistenciales 186

1.2.2. La formación en tutoría reflexiva para los tutores 188

1.2.3. Las estrategias de recogida de información 188

1.2.3.1. Conversaciones reflexivas entre tutores y estudiantes 189

1.2.3.2. Observación no participante 193

1.2.3.3. Entrevistas dialogadas en profundidad 194

1.2.3.4. Entrevistas grupales 195

1.2.3.5. Estrategias de recogida de información realizadas en cada centro 196

2. Cronograma de la investigación 199

3. Rigor metodológico y credibilidad de la investigación 200

3.1. La credibilidad o valor de verdad 201

3.2. Transferibilidad 203

3.3. Dependencia 204

3.4. Confirmabilidad 205

4. La reflexividad 206

5. Limitaciones de la investigación 208

6. Ética de la investigación 212

CAPÍTULO 5. EL ANÁLISIS DE LOS DATOS DE LA INVESTIGACIÓN 217

1. Entre la complejidad y el arte: el análisis de los datos 217

1.1. El Altas-ti: herramienta para el tratamiento de los datos 222

2. Primer nivel de análisis: Categorías 224

2.1. En esta investigación 225

3. Segundo nivel de análisis: Metacategorías 247

4. Tercer nivel de análisis: Dominios o vectores cualitativos 255

CAPÍTULO 6. LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN. EL INFORME DE LA INVESTIGACIÓN 265

1. La tutoría práctico-reflexiva como relación pedagógica 266

1.1. Los diferentes roles de los protagonistas 266

1.1.1. El rol del tutor 267

1.1.1.1. El tutor como “experto”. El conocimiento experto como guía en el aprendizaje del estudiante 267

1.1.1.2. El tutor como “guía”. Acompañar o delegar: un equilibrio necesario para el aprendizaje del estudiante 272

1.1.1.3. El tutor como “cómplice”. Las muestras de afecto y su papel en la relación pedagógica 284

1.1.1.4. El tutor como “persona”. Las cualidades de los tutores 286

1.1.2. El rol del estudiante 288

1.1.2.1. El estudiante como “sujeto”. La responsabilidad compartida del aprendizaje 288

1.1.2.2. El estudiante como “debutante” y no como experto 291

1.1.2.3. El estudiante como “profesional”. De la imitación a la reflexión 293

1.1.2.4. El estudiante como “persona”. Las cualidades de los estudiantes 298

1.2. La relación tutor-estudiante como fuente de conocimiento 301

1.3. Las fases de la relación tutor-estudiante en el contexto práctico 306

1.4. La figura del tutor y su papel en el aprendizaje del estudiante 311

1.5. Las motivaciones del tutor en la formación práctica ¿influyen en el aprendizaje del estudiante? 313

1.6. La reflexión como necesidad formativa en los tutores 316

1.7. La reflexión y la práctica pedagógica: un vínculo necesario 318

1.8. La personalización de la relación pedagógica 321

2. El legado del cuidado como aprendizaje experiencial 325

2.1. El legado de la experiencia: un valor de los tutores 325

2.2. Las conexiones con la práctica ¿favorecen la reflexión? 329

2.3. Aprender de los errores 331

2.4. Los ejemplos y los relatos de las prácticas: fuente de aprendizaje práctico 334

2.5. La adopción del rol profesional como medio para la integración de conocimientos 337

2.6. La unión entre el mundo teórico y el práctico: una necesidad para los estudiantes 339

2.7. Lo esencial del cuidado 340

2.8. El legado de la identidad profesional y la jerarquización de los cuidados 342

3. El legado del cuidado como aprendizaje reflexivo 346

3.1. Las conversaciones reflexivas guiadas 346

3.2. Las estrategias reflexivas como mecanismos para fomentar la reflexión del estudiante 349

3.2.1. La empatía didáctica y su efecto en el aprendizaje práctico del estudiante 349

3.2.2. El silencio pedagógico y su efecto sobre la reflexión 352

3.2.3. El poder de la indagación. Los tipos de preguntas 354

3.2.3.1. Preguntas reflexivas 354

3.2.3.2. Preguntas mixtas 355

3.2.3.3. Preguntas no reflexivas 358

3.2.4. Necesidad de “situar” al estudiante. Recursos del tutor 359

3.2.4.1. Anticipación de intenciones 360

3.2.4.2. Momentos de recapitulación 360

3.2.4.3. Cierre de tutoría 362

3.2.5. El lenguaje profesional como negociación entre tutor y estudiante 363

3.3. Las actividades pedagógicas como herramientas de aprendizaje reflexivo 364

3.3.1. Planificación colaborativa de actividades 365

3.3.2. Desarrollo de actividades 366

3.3.3. Análisis individual de actividades 367

3.3.4. Análisis colaborativo de actividades 368

3.4. El papel de los protagonistas como prácticos-reflexivos 369

3.4.1. El tutor como práctico-reflexivo 369

3.4.1.1. Atención flotante 370

3.4.1.2. Mochila experiencial 371

3.4.2. El estudiante como práctico-reflexivo 373

3.4.2.1. La autonomía del estudiante 374

3.4.2.2. La resolución de problemas de la práctica: ¿y tú qué harías? 374

3.4.2.3. Los momentos de reflexión en la acción del estudiante 376

3.5. Las dificultades de la tutoría: las voces de los protagonistas 377

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA PARA LA PRÁCTICA 385

LA EXPERIENCIA DE LA TESIS: REFLEXIONES PERSONALES 393

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 397

ANEXOS 435

1. Resumen de las pretensiones de la investigación para los centros 435

2. Permisos de colaboración para los centros asistenciales 439

3. Programa formativo para los cursos de Tutorización Reflexiva para los tutores 442

4. Cronograma de los cursos formativos sobre Tutorización Reflexiva para los tutores 448

5. Resumen de las estrategias reflexivas para los tutores 449

6. Directrices temáticas de las entrevistas individuales 454

7. Directrices temáticas de las entrevistas grupales 457

8. Consentimiento de participación en la investigación 461

RESUMEN:

Esta investigación se centra en la tutorización práctico-reflexiva de los estudiantes de enfermería. Se trata de indagar cómo se produce ese aprendizaje práctico, qué factores le influencian, si se trata de un aprendizaje significativo, todo ello, intentando justificar, la necesidad de que los estudiantes y tutores establezcan relaciones, en las que se favorezca la reflexión como proceso y que sea la pieza angular de ese periodo práctico de formación.

Esta aproximación a la transmisión del cuidado como legado reflexivo, parte de un acercamiento a los aspectos más relevantes de la situación actual de la tutorización de las prácticas de los estudiantes de enfermería, para tomarla como punto de partida y poder contribuir al cambio en el currículum formativo de los futuros profesionales.

Este aprendizaje práctico se debe abordar mediante el establecimiento de relaciones de confianza entre estudiantes y tutores que favorezcan un contexto de aprendizaje, de intercambio de experiencias basadas en el respeto, el acompañamiento y el hábito reflexivo.

La meta sería contribuir a que los futuros profesionales de enfermería fueran capaces de reflexionar sobre las acciones que llevan a cabo en la práctica, generando sus propios juicios y su propio conocimiento sobre los fenómenos y situaciones de la práctica. Los estudiantes deben ir poco a poco asumiendo la responsabilidad de su propio aprendizaje y los responsables de su formación deben asumir el rol de guías en ese aprendizaje reflexivo.

ABSTRACT:

This research focuses on reflective-practice mentoring of nursing students, especially on how this practical learning comes about, what factors influence its development, and whether meaningful learning is taking place; all of this intending to confirm the need for students and mentors to form relationships in which reflection as a process is cultivated, and that this process act as a cornerstone of this practical formative period.

This approach to the transmission of patient care as the result of reflection, stems from an also an approaching to more relevant aspects of the reality nowadays of students practice learning to take as a starting point and contribute to a change in curriculum in the training of future professionals.

This practical learning should be approached by establishing trusted relationships between students and mentors that encourage a learning context and the sharing of experiences based on mutual respect, accompaniment and habit of reflection.

The goal is to contribute to the ability of future nursing professionals to reflect on their actions carried out in practice, and to generate their own opinions and understanding over the phenomena and situations experienced. Students should assume responsibility for their own learning little by little, and those responsible for their training should assume the role of a guide in that reflective learning process.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

1. CONCEPCIÓN DE LA TESIS. UNA EXPERIENCIA DE DESAPRENDIZAJE

El pensamiento surge de la singularidad

de una experiencia que nos ha sido donada.

DIOTIMA

Desde la finalización de mis estudios de enfermería he tenido la suerte de desempeñar mi labor profesional en el ámbito de la asistencia y en los últimos años, en el de la docencia. Los doce años de experiencia profesional en una unidad de urgencias, configuraron mi "mochila experiencial" de situaciones y vivencias cargadas de emociones, incertidumbre, compañerismo, conocimientos...El bagaje y la expertía que me han proporcionado todos esos años me han acompañado en el resto de contextos profesionales.

Desde hace ya cinco años me dedico a la formación pregrado de los estudiantes[1] de enfermería.

Mis primeras experiencias en la docencia estuvieron marcadas por un sentimiento de confusión, de miedo a lo desconocido, de afán de superación, pero, sobre todo, de choque, de confrontación respecto a lo que, como enfermera experimentada, había vivido en la asistencia y lo que, como docente, veía que se transmitía en las universidades y que distaba mucho de lo que los estudiantes iban a vivir en el contexto de las prácticas clínicas. Ante la

[1] A lo largo de este trabajo utilizaré, indistintamente, los términos alumno, alumna y estudiante para referirme a aquellas personas que cursan sus estudios de Enfermería y que realizan prácticas clínicas en centros sanitarios como formación práctica en pregrado, independiente de su género.

necesidad de actualizar mis conocimientos teóricos y metodológicos experimenté en multitud de ocasiones verdaderos dilemas. Tuve que tomar decisiones y tuve que posicionarme entre el saber teórico, el que venía en los libros y el saber práctico, el que yo había vivenciado como enfermera y que había sedimentado en un conocimiento experto-práctico.

La idea de este trabajo de investigación surge como consecuencia de mis estudios en el Master Oficial de Enfermería en Educación y Gestión de la Universidad Europea de Madrid, en el que me matriculé hace ya cuatro años. Los planteamientos presentados por los diferentes docentes fueron gestando en mí un interés por lo que se hacía llamar "práctica reflexiva", por la necesidad de un cambio de paradigma[2] de la profesión, que llevaba implícito una deconstrucción de la Enfermería como profesión, en sus dimensiones disciplinar, formativa y profesional.

La deconstrucción o desaprendizaje es un proceso de inversión de los horizontes de significado que cada sujeto ha sedimentado de forma acrítica durante su trayectoria formativa y profesional. La deconstrucción es un proceso individual y/o colectivo de búsqueda de nuevos significados y de sentidos innovadores. Se trata de suspender la evidencia de nuestros modos

[2] El concepto de paradigma es inicialmente propuesto por Kuhn (1971), fundado en las pruebas históricas tomadas del desarrollo científico de la física, y si bien llevado al campo de las ciencias sociales ha sido objeto de algunos reparos, no hay duda de que ha resultado altamente significativo y aportador para la reflexión y búsqueda de comprensión de los contextos teóricos e históricos en que se desarrolla la investigación social y educativa. Para Egon G. Guba (1989), la distinción proviene de los términos paradigmáticos, pues éstos definen, según su respuesta, a preguntas relacionadas con los supuestos ontológicos, epistemológicos y metodológicos con que trabaja el investigador. Dichas opciones, según el autor, originan cuatro paradigmas: positivista, post-positivista, crítico y construccionista. Las diferencias entre uno y otro provienen de lo metodológico puesto que en los dos primeros se optaría por una vía de trabajo experimental manipulativa (con algunas revisiones en el segundo caso), una vía dialógica-transformativa en el tercer caso y un modo de abordaje hermenéutico-dialéctico en el último caso. El paradigma crítico, basado en la Teoría Crítica de Habermas, no diferenciaría entre teoría y praxis.

habituales de pensar y describir nuestras prácticas profesionales (Medina, 2003, p.1).

Parecía lógico pensar, que esa búsqueda de nuevos significados, debía comenzar por mí misma, tanto en la faceta personal, como en la profesional.

El desaprendizaje significaba, partir de mis propias experiencias, evocando el camino que han conformado las construcciones personales e identificando las lagunas, los vacíos y las contradicciones de los marcos categoriales. Todo proceso de reconstrucción se basa en tres principios epistemológicos, que implican tres rupturas con: la verdad absoluta, las miradas únicas y la racionalidad técnica. La ruptura con la verdad absoluta consiste en suspender el juicio e introducir la duda, implica una fuerte crítica a las verdades establecidas y a los modelos tradicionales de vida profesional. La ruptura con las miradas únicas, invita a detenerse y tomar el propio pensamiento como objeto de análisis, significa mirar la realidad desde una perspectiva multidimensional y multidisciplinar. La ruptura con la creencia de que la racionalidad técnica es la única forma de conocimiento (Medina, Clèries y Nolla, 2007, p.16).

A partir de este momento, comenzó mi proceso de desaprendizaje y la búsqueda de una nueva realidad de mi profesión.

Fue en ese momento, cuando todos los pilares que sustentaban mi concepción de la Enfermería se desplomaron y comencé a construir de nuevo mi identidad profesional. Ahora sé que no partía de cero, contaba con una experiencia profesional inmensamente rica, unos prismáticos que me ayudaban a ver, unos compañeros de viaje, mis profesores, mis compañeros y una brújula que me

orientaba, mis directores de tesis, que me acompañaban indicándome hacia donde tenía que dirigirme, cuando parar, cuando caminar más rápido...

Los sentimientos de confusión invadieron ese periodo, sensaciones de no saber qué pensar, sensaciones de impotencia, liberación al encontrar por fin muchas respuestas a preguntas sin contestar...en definitiva, me encontraba flotando en el océano de la complejidad.

A pesar de todo, fui capaz de vislumbrar que ese era el camino que debía comenzar a recorrer y estaba segura de que iba a ser un camino duro, pero gratificante a la vez, lleno de obstáculos, de pendientes, unas más empinadas que otras; pero también con áreas de descanso, con miradores desde donde apreciar un maravilloso paisaje...esas han sido y son desde hace cinco años, mis reflexiones como profesional y como persona.

Uno de los aspectos con los que me encontré en los inicios de ese viaje de desaprendizaje fueron las influencias del paradigma positivista en nuestra profesión; paradigma, en el que hemos vivido y todavía vivimos inmersos los profesionales de enfermería. Mi viaje debía comenzar por explorar cuáles habían sido los orígenes de la enfermería como profesión, para tratar de observarla desde una perspectiva, hasta ese momento, desconocida para mí.

La enfermería es considerada como un arte, en tanto que el arte es una modalidad de saber. Las acciones profesionales, como las acciones artísticas, se prestan al acto de conocer, a la modificación y al establecimiento de nuevas formas de acción moral (Siegmund, 2011).

El Cuidado[3], tanto de uno mismo como de los demás, es un acto de vida cuya existencia se remonta hasta donde se pierde la memoria del ser humano. Es uno de los saberes más antiguos de la humanidad, cuya evolución ha ido siempre vinculada al género femenino.

El concepto de salud ha ido cambiando a lo largo de la historia del hombre, lo cual, ha implicado también un cambio en el modo de cuidar, en función de los diferentes contextos socioculturales.

El objeto de la Enfermería es el Cuidado, acción profesionalizada que se dirige a personas y que se basa, sobre todo, en las relaciones humanas. Teniendo en cuenta esta premisa, debemos ser capaces de comprender las características inherentes a la atención enfermera, como son la incertidumbre, la complejidad, la dinámica, la subjetividad, la intuición, la creatividad; cualidades, todas ellas, que se alejan y que no se pueden abordar desde la racionalidad técnica, como hasta ahora se presenta el cuidado profesional y como se intenta transmitir, entre otros, a los estudiantes de enfermería y futuros profesionales.

Existe consenso al considerar que la enfermería es un acto social que tiene lugar en situaciones de gran complejidad e incertidumbre, que no se resuelven con la aplicación de conocimientos sistematizados. El cuidado es demasiado fluido, dinámico y reflexivo como para permitir tal homogenización.

La racionalidad técnica y el paradigma positivista no tienen en cuenta el aspecto artístico del cuidado, no pueden captar la individualidad, la

[3] Me refiero al Cuidado como “esencia” de la profesión de la Enfermería.

singularidad, la inestabilidad, la ambigüedad y el conflicto de valores que caracterizan a la práctica profesional.

La racionalidad técnica está relacionada con la concepción pedagógica tradicional, en la cual, la teoría está aislada, jerarquizada, desintegrada de la realidad de la práctica de la enfermería (Terra, Gonçalves, Dos Santos y Erdmann, 2010).

La adopción del paradigma positivista, propio de la medicina, disciplina situada en la cúspide de la pirámide de poder, ha supuesto para la Enfermería, una imposición de conductas, debido a la vigilancia jerárquica a la que ha estado sometida. El control del modelo biomédico ha funcionado de manera permanente y silenciosa.

Actualmente, se ha comenzado a tomar consciencia de la situación, con el convencimiento, de que se ha de transformar la realidad y reforzado por el cuestionamiento al que se encuentra sometido el modelo biomédico debido a la "humanización del cuidado".

En nuestros días, existe el compromiso con la sociedad, de tratar de humanizar el cuidado, pero, para ello, se requiere que los profesionales[4] adquieran competencias afectivas y psicomotoras, además de competencias cognitivas.

El cambio se tiene que producir también desde los orígenes, en la educación de los futuros profesionales de enfermería; educación que debería ir alineada con los intereses de los pacientes, aquello que esperan o demandan de los

[4] A lo largo del trabajo utilizaré el término profesional para referirme a los profesionales de la Enfermería. Del mismo modo utilizaré los términos enfermera y enfermero para referirme a aquellas personas que ejercen la profesión de enfermería, independientemente de su género.

profesionales de Enfermería (Allen, 2006). Para ello, ha sido condición imprescindible, la reforma del actual plan de estudios, mediante el cual se preparaban enfermeras dependientes, entrenadas, con una alta previsibilidad en las actuaciones, pero bajo el falso discurso de profesión autónoma. El poder implica responsabilidad y la responsabilidad reconocimiento e identidad profesional. Los enfermeros debemos reclamar nuestra autonomía profesional, siendo capaces de gobernar nuestras propias acciones, en el mayor nivel posible, pero colaborando con el resto de profesionales, ya que nadie puede ser enteramente autónomo o completamente dependiente en el mundo sanitario (Del Valle et al., 2002).

La Enfermería debería ser capaz de construir su saber, reflexionando sobre la propia experiencia, dando forma al saber práctico del que somos protagonistas, sin ser simples consumidores del saber de los demás. Es necesario empezar a cultivar un saber reflexivo, que de sentido a la acción. Las enfermeras actúan en la cotidianidad, movidas por un conocimiento intuitivo, cargado de sentido común. El Cuidado no es un trabajo mecánico ajeno a la reflexión teórica. Pero, no sólo es condición ineludible reflexionar sobre nuestras acciones, sino que nuestro saber también se construye mediante la confrontación con los demás, en las relaciones sociales (Rodríguez et al., 2009).

Tras un proceso personal de reflexión y fruto de mis motivaciones profesionales, mi investigación por tanto, se centró en la tutorización[5] práctico-reflexiva de los estudiantes y futuros profesionales de enfermería. Me interesaba indagar cómo se produce ese aprendizaje práctico, qué factores le

[5] Con el término tutorización me refiero a la labor de acompañamiento a los estudiantes durante su formación práctica, que desempeñan los profesionales en los centros o instituciones sanitarias.

influencian, si se trata de un aprendizaje significativo…todo ello, intentando justificar, apoyándome en un marco teórico, la necesidad de que los estudiantes y tutores[6] establezcan relaciones horizontales, en las que se favorezca la reflexión como proceso y que éste, sea la pieza angular de ese periodo práctico de formación.

Esta aproximación a la transmisión del cuidado como legado reflexivo, parte de un acercamiento a los aspectos más relevantes de la situación actual de la tutorización de las prácticas de los estudiantes de enfermería, para tomarla como punto de partida y poder contribuir al cambio en el currículum formativo de los futuros profesionales.

Es necesario constatar, las dificultades actuales que existen en el aprendizaje práctico de los estudiantes para transformarlo en un diálogo reflexivo entre las enfermeras expertas, que ejercen como tutoras y los futuros profesionales (Scanlan, Care y Udod, 2002). Este aprendizaje se debiera desarrollar mediante el abordaje de inquietudes mutuas y el establecimiento de relaciones de confianza que favorezcan un contexto de aprendizaje, de intercambio de experiencias basadas en el respeto, el acompañamiento y el hábito reflexivo. Los tutores, prácticos-reflexivos reorientarían su papel actual de meros transmisores de conocimientos y pasarían a convertirse en facilitadores, en guías para los estudiantes, ayudándoles en la búsqueda de su aprendizaje. La reflexión y más exactamente el proceso reflexivo parece el método eficaz para lograrlo, ya que permitiría tanto a los alumnos como a las enfermeras,

[6] Con los términos tutor, tutora, tutores me referiré al profesional de enfermería que acompaña al estudiante durante su formación en la práctica asistencial.

aprovechar los conocimientos adquiridos a través de la experiencia, siendo capaces de explicitar sus conocimientos tácitos (Scanlan, Care y Udod, 2002).

La reflexión y los procesos de pensamiento crítico proporcionan el medio para gestionar las propias creencias, para alojar los conflictos, para aprender a tolerar la incertidumbre, la ambivalencia, la ambigüedad y la coherencia de las situaciones que se viven en la cotidianidad de la profesión (Freshwater y Avis, 2004).

El proceso reflexivo tiene que convertirse en la línea esencial y prioritaria de la Enfermería, contribuyendo a la construcción de conocimiento profesional. Mediante la adquisición del hábito reflexivo, se contribuye a cambiar la manera de pensar sobre nuestra práctica, nuestras percepciones y las relaciones con los pacientes. La reflexión se percibe como un mecanismo para asumir una postura emocional diferente, más sensible al contacto con los pacientes. Las emociones y los sentimientos tienen un papel esencial en la reflexión y ésta, en el aprendizaje y en la construcción de conocimientos (Gustafsson, Asp y Fagerberg, 2007; Taylor, 2003).

Para que los cuidados tengan su efecto, requieren de manera indispensable, tiempo para la reflexión, para comprender, para analizar las situaciones, para buscar fuentes de conocimientos enfermeros a partir de la práctica de nuestro oficio (Collière, 1991).

Los profesionales necesitan reflexionar sobre la práctica diaria para resolver los problemas que surgen en el desarrollo de sus funciones. La reflexión se considera un proceso complejo que favorece el desarrollo de conocimientos y mejora la práctica del cuidado (Mantzoukas y Jasper, 2004).

La reflexión debería ser reconocida como un enlace entre las prácticas académicas y el desarrollo profesional (Koskinen y Tossavainen, 2003).

Se hace necesario, el replanteamiento, de la formación práctica inicial, otorgando a los hábitos reflexivos un lugar de honor en el aprendizaje profesional. Los profesionales deberían convertirse en práctico-reflexivos y utilizar la reflexión como una estrategia para el desarrollo de la profesión y poder contribuir a aumentar la calidad de los cuidados enfermeros. Esa ha de ser la finalidad última de cualquier investigación en el campo de la Enfermería.

La reflexión en un proceso complejo en el que intervienen los deseos, las inquietudes, y las experiencias de la persona. La intuición, la creatividad y el pensamiento crítico-reflexivo son necesarios e imprescindibles para que, a través del proceso reflexivo, se construya conocimiento profesional.

Esas habilidades del pensamiento intuitivo, reflexivo y analítico son cruciales en los contextos de aprendizaje (Atkinson y Claxton, 2002).

Pero la realidad actual está lejos todavía de lograr que el proceso reflexivo suponga la pieza angular del desempeño profesional, del aprendizaje práctico y de la transmisión de saberes enfermeros. Actualmente, el aprendizaje práctico se lleva a cabo siguiendo las premisas del paradigma positivista, en el que los futuros profesionales se entrenan en la acción técnica y en la que el tutor observa la actuación, detecta errores y señala la acción correcta. Este aprendizaje actual es un reflejo de la evolución histórica de la Enfermería, que ha evolucionado de oficio a profesión, como se ha comentado anteriormente.

Es necesaria una transformación en la construcción de saberes profesionales, en las que se genere conocimiento mediante el proceso reflexivo, para pasar

de aprender técnicas y cumplir órdenes, a prestar cuidados integrales de salud, construyendo conocimiento con cada una de las acciones profesionales.

Las instituciones educativas deben centrar su atención en promover en los estudiantes un mayor desarrollo de habilidades y destrezas de razonamiento clínico y de toma de decisiones que les permita enfrentarse a los problemas complejos de la práctica.

El pensamiento crítico, la capacidad de reflexión, las habilidades de comunicación y la búsqueda de información, son competencias necesarias para el desarrollo personal y profesional. Se tiende a pensar que el pensamiento reflexivo y la capacidad de tomar decisiones innovadoras, es algo innato que no puede aprenderse; nada más lejos de la realidad, puesto que, los programas formativos, se enfrentan al reto de desarrollar en los estudiantes habilidades de pensamiento crítico y de resolución de problemas, que suponen adquirir el razonamiento clínico esencial para proporcionar unos cuidados enfermeros de mayor calidad (Morán, González, Espinosa, Sotomayor, León, Esquivel, 2008).

La visión reduccionista de la formación provoca una incapacidad de manejar la realidad cambiante e imprevisible de la práctica profesional. El conocimiento práctico es claramente devaluado y menospreciado a juzgar por la forma en que se valoran las prácticas de formación que los estudiantes realizan (Medina y Do Prado, 2009).

En nuestra sociedad no tiene cabida una educación basada en estructuras rígidas que cumplen patrones ya establecidos y que impiden cualquier vestigio de creatividad. El sistema educativo debe tener una estrecha vinculación con

las necesidades sociales actuales y la creatividad es uno de los principios de la educación contemporánea.

El Consejo Europeo ha reconocido reiteradamente la necesidad de que los individuos y las sociedades puedan adaptarse con imaginación y capacidad de innovación, a un mundo en constante cambio. Ello ha dado lugar a numerosos estudios, iniciativas, acciones y leyes, que promueven la potenciación de las aptitudes creativas de toda la población, propiciando nuevos enfoques educativos en los que el desarrollo de la creatividad es un elemento clave. Podemos afirmar que el aprendizaje creativo tiene su espacio en el marco europeo de la educación. Es preciso, por tanto, diseñar programas de formación con propuestas metodológicas innovadoras, en las que la creatividad y la autoestima conduzcan e impulsen la idea de que el aprendizaje creativo se desarrolla a lo largo de la vida (Alsina, Díaz, Giráldez e Ibarretxe, 2009).

El objetivo es alcanzar una formación crítico-reflexiva, en la cual, el aprender sea un atributo fundamental en las relaciones entre los sujetos involucrados en interacción con el proceso enseñanza-aprendizaje, por medio de la participación activa del estudiante, de la problematización de la realidad y de la articulación teoría/práctica en permanente movimiento de aprender a aprender (Silva y Sena, 2006).

Aprender es, sobre todo, saber pensar más allá de la lógica rectilínea y evidente, porque el conocimiento no es recto, ni la vida es un camino lineal. Aprender no puede ser una receta, sí un desafío de crear, cambiar, rehacer, aventurarse, experimentar, acertar y equivocarse (Medina y Do Prado, 2009).

El aprendizaje a lo largo de la vida se considera una actitud de búsqueda y explicación constante del porqué de lo que hacemos y por qué lo hacemos, que nos facilita la autonomía profesional. El aprendizaje en el contexto de la Enfermería es un aprendizaje experiencial. Mediante la reflexión en las acciones de la práctica, los profesionales aprenden y resuelven las situaciones de conflicto de la práctica, mejorándolas, modificándolas y ampliándolas siempre analizando sus formas de actuar en experiencias anteriores.

Para favorecer un aprendizaje permanente se necesita enseñar al sujeto las capacidades que le permitan generar de manera continua la información que va necesitando (Elosua y García, 1993).

La educación liberal consiste en aprender a aprender, a pensar por uno mismo, de manera independiente y en colaboración con otros.

A lo largo de este trabajo, se analizarán los mecanismos con los que cuentan los tutores de prácticas clínicas, para dotar al estudiante de las estrategias necesarias, para que aprendan a reflexionar sobre sus prácticas, desde los inicios, desde la formación inicial. El cuestionamiento de los aspectos cotidianos de la práctica profesional, supone mantener una posición de profesional atento a la sorpresa, un profesional en actitud de permanente alerta, de forma que se pueda llegar a aprender del mundo en el que nos desenvolvemos como profesionales.

2. ORGANIZACIÓN DE LOS CONTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo se articula en seis capítulos. A continuación se presenta un breve resumen de cada uno de ellos, a fin de servir a la persona lectora como orientación a los contenidos que se irán desgranando a medida que se avanza en su lectura.

En el capítulo 1, se ofrece una visión generalizada de cuál es la situación actual del aprendizaje práctico, partiendo de la Enfermería como profesión; cuáles son sus raíces, su historia y evolución, para tratar de argumentar la necesidad de un cambio en la formación y el desarrollo de los enfermeros expertos y de los futuros profesionales. Se finaliza el capítulo planteando el enunciado de los objetivos o interrogantes a los que se intentará dar respuesta según se avance en la lectura de la investigación.

La visión y las reflexiones más relevantes de los distintos autores sobre la temática de la investigación, se presentan en el capítulo 2. En la primera parte del marco teórico, se parte de lo que supone la reflexión y el proceso reflexivo en el desarrollo de la Enfermería como profesión. Se describe el proceso, mediante el cual se contribuye a la emancipación de la Enfermería y cuál es el papel de la intuición y de la reflexión en la práctica profesional. En una segunda parte, se expone con detalle la definición de práctica reflexiva y se desgrana el contexto en el que sucede; la relación pedagógica entre el tutor y el estudiante. Se parte del papel del tutor como uno de los responsables de la formación práctica de los estudiantes y se presentan algunos de los modelos y enfoques para una formación reflexiva en el campo de la Enfermería.

El capítulo 3 versa sobre los aspectos metodológicos y de diseño de la investigación, así como los criterios éticos y de rigor científico que se han

tenido en cuenta. Se van desgranando cada uno de los pasos que se han llevado a cabo para construir conocimiento, mediante el cuestionamiento continuo y la búsqueda de respuestas a los interrogantes planteados en el capítulo I. El abordaje cualitativo supuso ir adaptando el diseño a la evolución natural de la investigación y del fenómeno de estudio. El que las prácticas clínicas de los estudiantes sucedan en el contexto de la realidad del cuidado, provoca que se trate de un fenómeno social que se tiene que intentar describir y comprender en el contexto de las relaciones personales entre el tutor y el estudiante.

El trabajo de campo de la investigación se detalla en el capítulo 4, describiendo cada una de las estrategias de recogida de información llevadas a cabo, la negociación del acceso al campo, las limitaciones de la investigación, la selección de los participantes...

El análisis de los resultados se presenta en el capítulo 5. Se presenta el proceso llevado a cabo desde el inicio de la investigación y cómo emergen cada una de las categorías definidas e identificadas. Además, se describen como se avanza en cada uno de los niveles de análisis de datos y cómo se profundiza en el análisis desde las categorías iniciales hasta alcanzar un nivel de profundización superior, los vectores cualitativos, que recorren de manera transversal el cuerpo de datos de la investigación.

En el capítulo 6 se describen en profundidad, los resultados de la investigación y el informe final de la misma como proceso de construcción de conocimiento, partiendo de las voces de los protagonistas; tutores y estudiantes, y de mi propia visión como investigadora.

Al final de la investigación, se presentan las conclusiones de la misma y las recomendaciones para la práctica, además, de una serie de reflexiones personales que describen, cómo culmina, por el momento, el proceso de deconstrucción personal y profesional con el que se inicio el planteamiento de la tesis.

CAPÍTULO 1.

CONCRECIÓN DEL PROBLEMA

CAPÍTULO 1. CONCRECIÓN DEL PROBLEMA

1. SITUACIÓN ACTUAL DEL APRENDIZAJE PRÁCTICO DE LOS ESTUDIANTES

Una de las principales preocupaciones de los docentes de Enfermería ha sido y sigue siendo, el proceso de aprendizaje que tiene lugar durante las prácticas clínicas de los estudiantes. Como docente, esta motivación personal está influenciada por el recuerdo de mi propio aprendizaje práctico, por el miedo de ese primer día en la unidad, por la constante persecución tras el profesional competente y con ganas de enseñar, por el deseo de no suponer un obstáculo en la actividad, la mayoría de las veces rutinaria, del servicio, por el agradecimiento a alguien que simplemente se dirige a ti por tu nombre, en algún momento, por los nervios de la visita inquisidora de la profesora de la escuela, por el miedo al contacto con el paciente y su familia, por el miedo a equivocarte y cometer errores en la práctica, a que te pregunten y no sepas que contestar, a que se dirijan a ti con faltas de respeto, a que te humillen…

Pueden, seguro parecer a los lectores, situaciones exageradas, frases demasiado duras, pero que según analizaremos más adelante tienen mucho que ver con las vivencias de los estudiantes, que en contadas situaciones se atreven a exponer su punto de vista al respecto por miedo a ser "castigados"[7].

A pesar de todos estos aspectos relevantes, que dejan huella en el estudiante, parece que el futuro profesional, aprende en las prácticas clínicas, toma contacto con su futura profesión, enfrentándose a experiencias difíciles, que

[7] Se entiende el castigo como relaciones de dominación que las enfermeras tutoras establecen con los estudiantes a su cargo en el seno de la relación pedagógica y que coartan la libertad de actuación del estudiante, mediante la imposición de su criterio.

en muchas ocasiones son generadoras de estrés y que no siempre se realizan en un entorno favorecedor de aprendizaje, pero que también formarán parte de su desarrollo profesional (Ferrer et al., 2002).

Durante las prácticas clínicas, el estudiante adquiere e interioriza multitud de habilidades, actitudes, comportamientos, valores, todos ellos, como consecuencia del proceso de socialización que desarrolla durante esta etapa de su formación. Entra de lleno a conocer las competencias de la profesión, al mismo tiempo que aprende o al menos se le da la oportunidad de aprender, características, significados, relaciones de poder, es decir, los componentes de un curriculum oculto[8] que subyace a la práctica profesional (Cibanal et al., 2007).

En diferentes estudios realizados, (López-Medina y Sánchez-Criado, 2005; Zupiria-Gorostidi et al., 2006; Sanjuán, 2007; Vila y Escayola, 2001; Zupiria-Gorostidi y Eizmendi-Garate, 2008; Gibbons, Dempster y Moutray, 2011; Jimenez, Navia-Osorio y Díaz, 2010) se han podido constatar como fuentes de estrés en los estudiantes de enfermería: la falta de competencia, el contacto con el sufrimiento, la relación con tutores y compañeros, la impotencia e incertidumbre, la relación con el paciente, la implicación emocional, las situaciones de saturación…

Aun así, estudiantes y tutores comparten la difícil tarea de intentar integrar los conocimientos prácticos con los teóricos, impartidos en el aula. Se espera del alumno, que muestre cualidades y competencia y que adquiera las habilidades

[8] Más adelante se desarrollará ese concepto.

indispensables para el ejercicio profesional; adquisición que continuará durante los primeros años de vida profesional.

Es una exigencia que tanto los profesionales como los estudiantes tengan una formación polivalente con una visión globalizada de la realidad y una actitud continua de aprender a aprender.

Pero este aprendizaje práctico ¿de qué depende?, ¿cómo se lleva a cabo?, ¿cuáles son las vivencias de los estudiantes durante esos meses de formación?, ¿cuáles son sus mayores dificultades de aprendizaje?, ¿qué tipo de relación se establece con su tutor/a de prácticas?, ¿en qué se basa su aprendizaje?, ¿es la reflexión un aspecto vital y presente en el aprendizaje práctico de los estudiantes?, ¿las tutoras son conscientes de la necesidad de favorecer y de servir de guías en ese aprendizaje reflexivo?, ¿se establecen relaciones horizontales entre ambos? Son muchas las curiosidades e interrogantes que se plantean y para los que existe una inquietud generalizada y personal de encontrar respuestas.

La formación práctica de los estudiantes está influenciada por multitud de factores, todos ellos interrelacionados y que dependen en gran medida del entorno en el que se llevan a cabo. Cada unidad o servicio cuenta con unas características específicas, con su propia dinámica de trabajo, con sus propias relaciones de equipo, con unos responsables determinados, con unas tutoras concretas; circunstancias, todas ellas, cargadas de subjetividad y que sin duda, contribuyen al aprendizaje práctico de los estudiantes, que les condicionará en su carrera profesional y en las relaciones humanas que se establezcan con el paciente y con el resto de profesionales del equipo.

Se debe ser consciente, que este aprendizaje se vive, en la mayoría de los casos, como una confrontación, como una dicotomía entre los contenidos impartidos en el aula, apoyados en bases teórico-científicas y la realidad de la práctica profesional, cargada de incertidumbre y complejidad.

Actualmente las prácticas clínicas se desarrollan de forma lineal, los estudiantes imitan a las profesionales, mediante la repetición de actuaciones mecánicas, sin realizar ningún proceso individual de reflexión, que prevalecen sobre el rol que se defiende como propio de la profesión, el cuidar a personas de forma global. Esto supone, la formación de profesionales dependientes, entrenados en las diferentes técnicas y con una alta previsibilidad en las actuaciones. Este legado es fruto del enfoque biomédico propio del paradigma positivista, resultado de la tradición enfermera como profesión. Ya se ha expuesto, anteriormente, cuáles han sido los orígenes de la profesión. Las enfermeras hemos recibido como préstamo, el saber médico y hemos estado supeditadas a una profesión, que se nos ha presentado como superior y a la que debíamos mostrar una obediencia incondicional.

La práctica del cuidado debe ser considerada como un campo de experiencias donde conviven a la vez las creencias y los valores arraigados en lo esencial de la disciplina, la aplicación de conocimientos, así como el ejercicio de un juicio profesional que necesariamente debe surgir de un pensamiento reflexivo y crítico. Para ello, se necesitan profesionales que tomen decisiones y que sean conscientes de sus responsabilidades. Enfermería debe ser capaz de reflexionar sobre las acciones propias, es decir, sobre los cuidados, haciendo explícito ese conocimiento implícito y oculto, del que las enfermeras son portadoras.

Pero, en la actualidad, la relación estudiante-tutora que se establece durante el periodo práctico, generalmente, se constituye de manera vertical y unidireccional. El alumno se limita a repetir la actuación del profesional, a seguir sus indicaciones, a aplicar protocolos que homogenizan los cuidados y que no resuelven las complejas condiciones de salud-enfermedad de cada paciente y todo ello, sin llevar a cabo ningún proceso individual de reflexión. El estudiante no es sujeto activo del proceso de aprendizaje, sino objeto receptor de información.

Esta realidad, no sólo se evidencia en la práctica, sino que también se sitúa inmersa en las aulas. Se facilita un conocimiento experto, que se presenta al estudiante como verdad irrefutable, que obstaculiza cualquier posibilidad de reflexión sobre sus acciones, mutilando su capacidad de pensamiento (Castillo, Guioti y Desiderato, 2007).

Se diseñan programas formativos basados en la racionalidad técnica cuya finalidad es el entrenamiento de la enfermera en las técnicas, procedimientos y habilidades y que son más eficaces en la práctica asistencial para formar profesionales competentes y resolutivos, que con la ayuda de protocolos, suplen la ausencia de profesionales expertos.

La práctica profesional se concibe como una serie de destrezas que se deben practicar y dominar. Así, la actividad de la enfermera se resume en la resolución de problemas técnicos, aplicando principios generales a casos particulares, en forma de protocolos de actuación. Lo mismo sucede en el currículum de formación, en el que se presentan en primer lugar, las ciencias básicas biológicas y los fundamentos de enfermería, a partir de ahí, se presentan las aplicaciones a la Enfermería de esas ciencias y en último lugar, se

desarrollan las prácticas en los servicios, donde se supone que los alumnos, deben aprender a aplicar el conocimiento básico y aplicado del cuidado, a las personas que cuidan.

La jerarquía de conocimientos, contribuye a la aparición de diferentes estatus dentro de la enfermería; por un lado las enfermeras asistenciales y por otro lado, las docentes-investigadoras, sin que exista comunicación ninguna entre ambos ámbitos, circunstancia que recae en la formación de los estudiantes. Es de las cuestiones más problemáticas de la actualidad, la línea divisoria entre teoría y práctica en nuestra profesión, que llevan al estudiante a ver muy alejada cualquier aplicación práctica, de la formación en las aulas, a la cotidianidad de la profesión (Dewey y Galmarini, 2007; Pinto y Pepe, 2007).

Los estudiantes entran en contacto con la práctica profesional en condiciones que, en la mayoría de los casos, son desfavorables para ellos mismos. Se produce una brecha desde la teoría a la práctica, difícil de salvar. Los centros sanitarios siguen una dinámica que integra con dificultad a los estudiantes, que ven postergados sus intereses educativos en beneficio de los de la institución sanitaria. El estudiante sabe que, en la práctica clínica, debe hacer un ejercicio de alejamiento, de distancia hacia lo aprendido en el aula y sumergirse lo más posible en la realidad asistencial (Mompart, 2004).

La práctica enfermera que aprende el estudiante, corre el riesgo de volverse puramente mecánica, ya que se enfatiza en la adquisición de habilidades y destrezas y se restringe la capacidad intelectual. Se concede mucha importancia al cuidado correcto, se señala el error y se dificulta la búsqueda del propio aprendizaje reflexivo por parte del estudiante.

Está claro, que la renuncia al poder de la abstracción y a la preferencia por un saber que no transciende de la experiencia, corresponde a una elección, pero cada saber se alimenta del intercambio con los demás. Inventar el sentido de la propia acción, significa reinventarse un trabajo más allá de las tareas prescritas, donde la creatividad y la intuición jueguen un papel básico. No es posible que exista ninguna experiencia de pensamiento sin experiencias personales. Todo pensamiento es meditación. Un acontecimiento imprevisto es lo que, más fácilmente, provoca el pensamiento, irrumpe en la continuidad temporal y atrae nuestra atención; resquebraja nuestra tendencia a un saber ya dado, nos obliga a comenzar desde el principio. Al recordar un periodo muy largo de la existencia, lo que nos orienta, es lo que nos ha emocionado. Al aprender por imitación, observamos, nos equivocamos, miramos mejor los gestos de la otra persona y los corregimos, pero para llegar a ser grande en un arte, no sólo vale con la imitación. La habilidad, a medida que se adquiere, se va haciendo cada vez más fruto de la espontaneidad, emerge de las zonas profundas de la mente en las que no se ha estratificado la experiencia. Por tanto, no se debe conducir a un alumno por la imitación sino por la unificación. Hay que intentar plantear grandes preguntas, mostrar los sentimientos, las emociones, además de la mente. Lo importante no es que se aprende, sino que sucede algo en los alumnos. Para que los alumnos se puedan expresar es indispensable darles tiempo, confianza y libertad.

Hay un nexo invisible entre las competencias ya ejercitadas en la actuación práctica y que, a menudo, no se saben poner en palabras. Sólo mediante la ardua tarea de interrogar la realidad a partir de la propia experiencia, se podrá otorgar significado a lo sobrentendido, generar sentido lo obvio, valorar las diferencias, poner en comunicación, hacer decible y transmisible algo que

corremos el riesgo de perder y eso es lo que se debe sembrar en los estudiantes, la conciencia de valorar la experiencia y de considerarla como la semilla del conocimiento en la profesión.

El gusto por el saber, la curiosidad, la pasión de interrogar una y otra vez, descubre la realidad. Somos herederos de una tradición que ha privilegiado los aspectos racionalizables y el saber práctico nos parece oscuro, incontrolable y amenazador. El silencio, la invisibilidad, la funcionalidad muda, son en realidad rasgos de la práctica. Pensar lo que hacemos, significa reconocer que esto, es ya un sentido libre, inscrito en la práctica. El pensamiento puede obtener orientación de una experiencia, saber de ella, se puede incluso transformar la existencia, sin que por ello la existencia sea desvelada. El saber del cuidado es un saber que se nutre de empatía, de la capacidad de escuchar al otro y que requiere de un pensar sensible al otro. Se construye saber a través de la interpretación de la mirada del otro. La experiencia se encuentra allí, donde lo vivido va acompañado de pensamiento.

Sin embargo, cuando no hay ningún clima para la búsqueda del conocimiento es el propio interés, guiado por la curiosidad, el que alienta y estimula la práctica de búsqueda, como un proceso de aprendizaje y la iniciación de la construcción a un conocimiento permanente (Cecilio, 2004).

Resulta difícil, en las instituciones, encontrar invitaciones o estímulos para construir saber a partir de una interrogación pensante de la propia experiencia y no ser simples usuarios de los saberes de los demás. El pensar presupone una cierta suspensión de la acción. El saber no sólo requiere del pensamiento reflexivo, sino de la confrontación con los demás. Un saber que se estructura en el curso de razonamientos sociales. Al experto no hay que preguntarle

cómo hacer las cosas, sino que nos ayude a comprender. Es un saber que tiene lugar en lo no dicho. La comunicación se llena de significado cuando la que es invitada a hablar de sí, percibe que quien escucha, no tiene expectativas precisas, sino un simple deseo y gusto por escuchar, de confiarse a sus palabras, porque le reconoce autoridad. El saber se construye en la experiencia al enfrentarse a las dificultades e intentar resolverlas. El verdadero saber consiste en saber deshacerse del saber acumulado; ese saber es incompleto. De la calidad de la experiencia, del hacer, se puede sacar un saber (Eccelli, 2002).

Según esto, podemos extraer que el conocimiento tácito, del que son portadoras las enfermeras, sería un saber, que no aparece en los libros, ya que está cargado de subjetividad, de vivencias y surge tras años de experiencia profesional. Esto, puede justificar la dificultad de las profesionales, de hacerlo explícito; pero para ello, podría servir de gran ayuda la reflexión sobre las acciones cotidianas. Las enfermeras deberían adquirir la conciencia del hábito de la reflexión y los estudiantes pueden ayudarlas mediante los continuos interrogantes que plantean sobre la práctica enfermera.

La enfermería es una profesión que piensa, decide y actúa siguiendo criterios de reflexión profunda sobre lo que se debe hacer en cada momento (Benner, 1987). Las enfermeras, a medida que van adquiriendo experiencia clínica, cambian su orientación intelectual, integran y seleccionan sus conocimientos y reajustan sus criterios de toma de decisiones, sin que tenga nada que ver con la mera ejecución seriada y repetitiva de tareas, tal y como lo habían aprendido en los centros docentes. Se ha de comprender el misterio de la función asistencial, sin tratar de disiparlo o formalizarlo supeditándolo a normas, trámites y reglamentaciones. Se necesita con urgencia un método

para estudiar el ejercicio práctico de la enfermería, que sea distinto del análisis de tareas, listas de suficiencia y aplicación de conceptos científicos abstractos, que se supone, guardan relación con la profesión asistencial. Se debe aplicar el conocimiento de las circunstancias y situaciones concretas y desechar el manejo de los principios abstractos a la hora de tomar decisiones clínicas.

Se sabe muy poco de las enseñanzas y saberes contenidos en el ejercicio cotidiano de la tarea asistencial, una sabiduría, que se va acumulando con el paso del tiempo y que supone un caudal de conocimientos que ha pasado inadvertido. Todo individuo aporta su formación cultural, sus compromisos intelectuales y aptitudes de aprendizaje a una situación clínica concreta. Polanyi, denomina a este fenómeno transacción de sabiduría personal (Polanyi, 1967)[9] .

[9] Michael Polanyi ayudó a profundizar nuestra apreciación de la contribución de "saber tácito" a la generación de nuevos conocimientos y descubrimientos científicos y sociales. El argumento de Polanyi es que las conjeturas, corazonadas y las fantasías que forman parte de los actos de exploración están motivados por lo que él describe como "pasiones". Como Michael Polanyi (1967, p.4), escribió en la dimensión tácita, debemos partir del hecho de que "podemos saber más de lo que puedo decir". Llamó a este saber "conocimiento tácito". El conocimiento tácito consta de una amplia gama de información conceptual y sensorial e imágenes que pueden ser ejercidas en un intento de dar sentido a algo.

2. NECESIDAD DE UN CAMBIO EN LA FORMACIÓN PRÁCTICA

Por todo lo anteriormente expuesto y analizado, se ha de romper con ciertas tradiciones que no se adaptan a los tiempos actuales ni a la esencia de la profesión. Costumbres arraigadas, como la formación individual, las rutinas y el rigor, son aspectos no justificables en un contexto como el de la Enfermería, donde se trabaja en un contexto cambiante y lleno de incertidumbre, en el cual, el hombre, como ente holístico, es el principal protagonista (Palencia, González, Evies, Guevara y Mejías, 2006).

La ausencia de visiones holísticas del contexto conduce al uso incompetente del conocimiento y crece la necesidad de plantearse nuevas formas de abordarlo y de plantearse los procesos de aprendizaje, para generarlo desde nuevas concepciones, que permitan construir nuevos significados, más útiles para navegar en la realidad actual (Mateo, 2010).

Por ello, se hace patente la necesidad de un cambio de paradigma en nuestra profesión que vaya en consonancia con las expectativas sociales, culturales y de Educación Superior del Espacio Europeo. Ese paradigma sería el de la racionalidad práctico-crítica. Está transformación debe comenzar en la formación universitaria y no sólo se debe centrar en el ámbito laboral de las enfermeras profesionales.

El papel del profesor en la formación académica y del tutor en la formación práctica no puede apoyarse en métodos tradicionales basados, en gran medida, en el aprendizaje memorístico o en la repetición o imitación de tareas. Por el contrario, el papel del profesor-tutor es mucho más complejo y de una responsabilidad mayor. Se trata de facilitar y guiar el aprendizaje del estudiante y no de dispensar conocimientos.

Se trata de una nueva forma de aprender, de un nuevo rol de los docentes, distinto al que han aprendido y desempeñado, en tiempos pasados. Todo ello, pasa por comenzar a implicarse y centrarse en las competencias que los estudiantes necesitan desarrollar, para aprender a dirigir su propio aprendizaje.

Es necesario empezar a descifrar los enigmas sobre cómo poder contribuir a la deconstrucción de la enfermería como profesión para favorecer, en los futuros profesionales, un aprendizaje reflexivo, de crecimiento y de búsqueda de nuevos significados de la profesión (Amador et al., 2007).

Se necesitan profesionales motivados en identificar y trabajar en un contexto profesional complejo, donde cada persona a cuidar, suponga un universo a descubrir, en el que cada profesional contribuya a enriquecer la práctica cotidiana, donde el centro de nuestra disciplina sea el paciente como “sujeto a cuidar” y no como “objeto de conocimiento”.

Un profesional que prodiga cuidados debe ser una persona que permanece continuamente alerta y que se cuestiona y se replantea su práctica con cada acción profesional.

Las enfermeras docentes en las aulas y las asistenciales en la práctica deben ser capaces de no mostrar su saber como omnipotente. Se debe permitir al estudiante que reproduzca su propio conocimiento y que, además, le brinde una nueva interpretación y significado, fruto de su experiencia, de sus valores, de su orientación personal y no de la imposición de tutores y/o profesores. Se debe permitir a los estudiantes un aprendizaje libre, que fomente la creatividad y la intuición del cuidado.

La relación tutor-estudiante debe basarse en el diálogo, debe ser una relación bidireccional, donde el alumno se sienta considerado, donde sienta, que se tienen en cuenta sus experiencias, sus miedos, sus expectativas, sus opiniones…

La integración, el sentido y los significados que el alumno pueda construir, a partir de su experiencia práctica, estarán en relación con la orientación y acompañamiento, que el tutor de prácticas pueda ofrecerle en su proceso individual de aprendizaje.

Se necesitan profesionales empáticos, flexibles, creativos, intuitivos, reflexivos que sean capaces de adaptarse a situaciones de heterogeneidad y diversidad cultural creciente, profesionales autónomos. Son competencias necesarias para el desarrollo personal y profesional, la capacidad de reflexión y de juicio crítico, las habilidades de comunicación, el trabajo en equipo, la gestión de la información y la capacidad de aprendizaje autónomo. Para que el contexto práctico favorezca en el estudiante, la autonomía y la capacidad crítica es necesario que éste, adquiera un conocimiento práctico personal, un conocimiento en la acción, que pasa por una enseñanza práctica y reflexiva.

Desde los contextos académicos se intentan diseñar herramientas que sean capaces de reflejar el aprendizaje de los estudiantes durante su periodo práctico (Duque, González, López, Rodríguez, Ruiz y Fernández, 2011), a veces sin mucho éxito, porque no se tienen en cuenta los criterios de los profesionales, que no se ven reflejados ni apoyados por esas herramientas, que en muchos casos, no tienen nada que ver con la realidad asistencial y que tampoco tienen sentido si el aprendizaje del estudiante no se produce en el seno de una relación pedagógica.

La formación práctica es un escenario de adquisición y evaluación de las competencias, siendo necesaria la definición de resultados de aprendizaje que el estudiante ha de alcanzar durante el Practicum. El concepto de competencia se centra en la idea de que el estudiante presente un comportamiento profesional integrado, combinando todo lo que sabe y siendo capaz de utilizarlo en situaciones diversas y complejas de la práctica (Bardallo y Cano, 2012). Todo esto, que se le pide al estudiante, este comportamiento casi profesional y competente tiene que ser el resultado de una relación estrecha con sus tutores de prácticas clínicas. EL vínculo que se establezca entre tutor y estudiante sentará las bases para el futuro desarrollo competencial del estudiante; de ahí su importancia.

La relación estudiante-tutor debe ser cercana y es vital que se establezca un continuo feed-back centrado en el cuidado al paciente y en el aprendizaje de ambos. La tutora debe estimular la reflexión, desarrollando una práctica reflexiva mediante el uso de estrategias que estimulen el pensamiento reflexivo y crítico y que ayuden al alumno a encontrar soluciones a problemas de la práctica, sin resolver todas sus dudas. Las tutoras deben aprender a hacer uso del silencio, dejando que recaiga en los estudiantes la responsabilidad de la búsqueda de respuestas. De esta manera, el aprendizaje será considerado como un diálogo, una conversación entre tutoras y estudiantes, que emerge como una improvisación colectiva, mediante situaciones de innovación, en las que ambos, construyen nuevos significados y de las que surgen nuevas posibilidades para el aprendizaje y la vida social.

Para los estudiantes, la práctica reflexiva supone entrar en contacto con el contexto profesional en el que los profesionales les servirían de guía hacia el

aprendizaje, siendo capaces de construir sus propios significados sobre el cuidado.

Mediante el hábito de la reflexión, se facilitaría, a los alumnos, que explicitaran su propio criterio, contribuyendo a desarrollar aspectos de la práctica profesional (Mantzoukas y Watkinson, 2008). Las prácticas clínicas proporcionan al alumno la mejor oportunidad para observar, practicar y reflexionar, les proporcionan lo que algunos autores han venido a llamar el "curriculum oculto"[10] (Colina y Medina, 1997; Vila Gangolells y Escayola Maranges, 2001).

Para los pacientes, supondría ser cuidados por profesionales capaces de reflexionar sobre la idoneidad de la práctica y verían reflejado su esfuerzo en una mejora de la calidad de los cuidados prestados a los sujetos que cuidan. Pero no sólo por las razones anteriores, se hace necesaria la implementación de la práctica reflexiva en la formación práctica de los estudiantes. La globalización y el contexto multicultural actual han generado, también, la necesidad de formar profesionales reflexivos en el campo de la enfermería, capaces de proporcionar cuidados humanizados que se generan del saber práctico, mediante valoraciones integrales de las personas (Rivera y Herrera, 2006).

Para las instituciones sanitarias y las educativas, la reflexión de la práctica profesional ampliaría y mejoraría la comunicación entre ambos y contribuiría,

[10] "Currículum oculto "se define como el conjunto de normas, costumbres, creencias, lenguajes y símbolos que se manifiestan en la estructura y el funcionamiento de una institución. Sin pretenderlo de manera reconocida, el currículum oculto constituye una fuente de aprendizajes para todas las personas que integran la organización. Los aprendizajes que se derivan del currículum oculto se realizan de manera osmótica, sin que se expliciten formalmente ni la intención ni el mecanismo o procedimiento cognitivo de apropiación de significados.

entre otras cosas, a que los estudiantes encontraran vínculos entre teoría y práctica; entre el contexto práctico y el teórico (Torsvik y Hedlund, 2008).

Para los profesionales, la tutorización de los estudiantes mediante la práctica reflexiva puede favorecer la construcción de conocimientos mediante la explicitación de saberes a través de la reflexión en y sobre cada una de las acciones que llevan a cabo.

La práctica reflexiva es fundamental para apoyar a las enfermeras en el desarrollo y mantenimiento de la relación terapéutica con los pacientes. Los cuidados enfermeros son muy creativos y pueden contribuir a superar las barreras de comunicación y a minimizar los efectos de deshumanización, que el entorno tecnológico, causa en la relación enfermera-paciente. Supone acceder al paciente, a sus culturas, valores y creencias. La autorreflexión ayuda a tomar conciencia de nuestra vulnerabilidad como profesionales, pero a la vez, favorece el crecimiento personal (O'Connell, 2008).

Los profesionales se ven atrapados en un vacío existente entre la experiencia vivida en la práctica y las limitaciones del discurso; por la dominación de la epistemología positivista como forma de solucionar los problemas. Mediante el descubrimiento de la práctica reflexiva dicha situación puede sentirse aliviada, porque reconocería la complejidad del cuidado profesional de las enfermeras. La práctica enfermera se caracteriza por la incertidumbre, la singularidad, la inestabilidad y el valor de conflicto; situaciones todas inherentes en la formación artística e intuitiva del cuidado. Esto implica una evolución hacia una mayor autoconciencia y autonomía profesional (Kinsella, 2007). La práctica reflexiva proporcionaría a la profesión el empuje necesario para alcanzar el tan ambicioso discurso de la identidad profesional.

Los tutores de prácticas clínicas deben adoptar, entonces, otro rol, muy distinto al desarrollado hasta el momento. Los tutores deben ser facilitadores, deben servir de guía en el crecimiento profesional y personal, potenciando la reflexión. Es fundamental, que esta guía esté libre de dominación y distorsión y permita facilitar la transformación de la práctica profesional (Rolfe y Gardner, 2006).

La represión dentro de la cultura de las instituciones académicas parece provocar discusión y debate sobre la situación de la práctica reflexiva en el curriculum de enfermería. Si se tiene en cuenta, el cambio que se está produciendo en la educación, la reflexión debe ser considerada como una estrategia esencial para el aprendizaje, que debe ser integrada tanto en el contexto académico como en el asistencial.

El pensamiento reflexivo-crítico constituye una de las competencias consideradas como transversales y que debe ser, consecuentemente abordada, desde cada una de las materias del curriculum, ya que significa analizar la realidad y construir y aplicar el conocimiento desde planteamientos reflexivos-críticos (Mateo, 2010).

Las prácticas reflexivas cumplen el objetivo de sofocar el piloto automático de la actividad rutinaria, del pensar automático, siguiendo determinados patrones de comportamiento que gobiernan o dirigen las actuaciones profesionales (O'Connor y Hyde, 2005).

Jean Watson (1988)[11], sostiene que el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal en todos los contextos profesionales.

En la práctica profesional, se tienden a valorar las habilidades instrumentales en perjuicio de sus actitudes delante de la persona a la que se cuida. En muchas ocasiones, se producen fisuras en las relaciones entre profesionales y personas cuidadas, debido a que, los cuidados ofrecidos no atienden a las necesidades reales de los pacientes.

En el contexto que nos atañe, el de la práctica profesional, serán los procesos reflexivos, los encargados de recuperar esos otros aspectos del cuidado y de que las relaciones con las personas cuidadas respondan a las necesidades reales de ambas partes (Lanzelloti, Spezani, Costa, Santiago y Shiratori, 2007) . Así, los profesionales, pasaremos de ser dispensadores de cuidados, a gestores de cuidados.

Por otro lado, merece la pena destacar, que la cultura organizativa en los centros asistenciales, no desarrolla ni favorece la práctica reflexiva y los profesionales se sienten oprimidos con el sistema. Este clima es probable que fomente poco la práctica reflexiva. Las instituciones asistenciales también tienen que ser conscientes de la necesidad de formar enfermeras reflexivas, que desempeñen una práctica presidida por la interrogación constante, el pensamiento crítico y el espíritu de aprender a aprender (Sanjuán, 2007).

[11] Citado por Rivera, L. N. y Triana, A. (2007). *Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en las clínicas del country.* Actual. Enferm, 10(4), 15-21.

Los profesionales tienen que ser conscientes de la necesidad de repensar la práctica, compartiendo dudas y desarrollando capacidades reflexivas, analizando las necesidades de los alumnos e incrementando la conciencia de la complejidad y la diversidad del cuidado (López y Sánchez, 2010).

Los estudiantes deben ir poco a poco asumiendo la responsabilidad de su propio aprendizaje, siendo capaces de reflexionar sobre las acciones de la práctica y los responsables de su formación deberían asumir el rol de guías en ese aprendizaje reflexivo (Rodriguez, Martínez, Tovar, González, Goday, Pulido, 2009).

Esta investigación pretende contribuir a revitalizar la práctica enfermera en los diferentes ámbitos, para contribuir a la formación práctica de los estudiantes, como profesionales críticos y reflexivos, capaces de alcanzar la comprensión de la complejidad del cuidado y de la profesión y capaces de llegar a convertirse en artistas del cuidado.

3. PRETENSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Al comienzo de la investigación, se han tratado de exponer, algunos de los interrogantes a los que se pretenden dar respuesta mediante el desarrollo de esta tesis y que merecen que los retomemos en este momento de la exposición.

El aprendizaje práctico de los estudiantes de enfermería ¿de qué depende?, ¿cómo se lleva a cabo?, ¿cuáles son las vivencias de los estudiantes durante esos meses de formación?, ¿cuáles son sus mayores dificultades de aprendizaje?, ¿qué tipo de relación se establece con su tutor/a de prácticas?, ¿en qué se basa su aprendizaje?, ¿es la reflexión un aspecto vital y presente en el aprendizaje práctico de los estudiantes?, ¿las tutoras son conscientes de la necesidad de favorecer y de servir de guías en ese aprendizaje reflexivo?, ¿se establecen relaciones horizontales entre ambos?

Por tanto, el propósito fundamental de esta investigación es estudiar y analizar los beneficios que tiene, para los estudiantes y profesionales, el ejercicio de la práctica reflexiva, describiendo las relaciones pedagógicas que se establecen entre los protagonistas durante el aprendizaje práctico. Se intentarán describir cada una de las estrategias reflexivas que ponen en marcha los tutores y cómo contribuyen al aprendizaje significativo de los estudiantes.

En los siguientes párrafos, justificaremos los beneficios que la práctica reflexiva y, por consiguiente, los resultados de esta investigación, pueden aportar tanto a los protagonistas, tutores y estudiantes; como a los contextos académicos y asistenciales, al paciente y, en última instancia, al conjunto de la sociedad:

- Los profesionales, que se convertirán en prácticos-reflexivos, siendo capaces de construir conocimiento y transformar la realidad profesional utilizando los procesos reflexivos como pieza angular de su práctica experta.

- Los estudiantes, que se convertirán en protagonistas de su formación, mediante el establecimiento de relaciones pedagógicas con sus tutores basadas en el diálogo, el respeto y la confianza mutua, de forma que se construya un contexto ideal para que su aprendizaje sea permanente.

- Los pacientes, que serán cuidados por profesionales capaces de construir conocimiento con cada experiencia de la práctica, de forma que revitalicen la esencia del cuidado, en la que los intereses de las personas a las que cuidan vayan de la mano con los de su práctica asistencial.

- Las instituciones sanitarias, que verán mejorada la práctica asistencial y contarán con profesionales que darán prioridad a los intereses y motivaciones de las personas a las que cuidan, haciendo de su desarrollo profesional la fuente de calidad de los cuidados.

- Las instituciones académicas, que serán responsables de la mejora en la calidad de la formación, coordinando sus esfuerzos con las instituciones sanitarias para mejorar la comunicación y tratando de unificar los intereses formativos en beneficio de los estudiantes.

- La sociedad, que experimentará el nacimiento de una profesión renovada que revitalice su práctica profesional en beneficio del “cuidado” en todas sus esferas.

Mi deseo como investigadora sería, que emergiera un nuevo enfoque de formación práctica para los estudiantes y futuros profesionales, en la que los procesos reflexivos se conviertan en el hilo conductor de su aprendizaje significativo.

Para ello, a continuación, se detallan los interrogantes para los que me gustaría encontrar respuesta:

- ¿Cómo interpretan sus vivencias los tutores de prácticas clínicas desde su función docente con estudiantes de enfermería y en el contexto de un practicum reflexivo?
    - ¿Cuáles son las percepciones y los significados sobre la tutorización de prácticas clínicas cuando se usan estrategias para facilitar el aprendizaje reflexivo?
    - ¿Cómo son las relaciones pedagógicas que se establecen entre los tutores y los estudiantes y qué repercusión tienen en el aprendizaje reflexivo de los alumnos?
    - ¿Cuáles son las necesidades o limitaciones que surgen en el proceso de aprendizaje reflexivo tutorizado, desde la perspectiva de las tutoras?
    - ¿Cómo las estrategias reflexivas de enseñanza clínica, contribuyen a favorecer la construcción del aprendizaje desde la reflexión y el pensamiento complejo?
- ¿Cómo interpretan sus vivencias los estudiantes de enfermería desde su aprendizaje práctico, en el contexto de un practicum reflexivo?

- ¿Cuáles son las percepciones de los estudiantes sobre la tutorización de prácticas clínicas mediante la utilización de estrategias de aprendizaje reflexivo, por parte de los tutores?
- ¿Cómo son las expectativas de los estudiantes con respecto a sus tutores de prácticas con este enfoque la utilización de estrategias de enseñanza clínica?
- ¿Cuáles son las necesidades o limitaciones que surgen en el desarrollo del aprendizaje reflexivo tutorizado, desde la perspectiva de los estudiantes?

CAPÍTULO 2.

MARCO TEORICO

DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

1. CONOCIMIENTO EXPERTO Y SU RELACIÓN CON EL PROCESO REFLEXIVO

Nosotros sabemos a la vez probar una audacia extrema y no emprender nada sin una reflexión detenida. En los demás, el atrevimiento es un defecto de ignorancia mientras que la reflexión implica indecisión

Pericles

1.1 Partiendo de la reflexión hacia el proceso reflexivo

Según Heidegger (1994a, p.1) "llegaremos a aquello que quiere decir pensar si nosotros, por nuestra parte pensamos. Para que esto tenga éxito tenemos que estar preparados para aprender el pensar. A pensar aprendemos cuando atendemos a aquello que da que pensar. Lo preocupante se muestra en que todavía no pensamos, a pesar de que el estado del mundo da que pensar cada vez más, pero este proceso parece exigir más bien que el hombre actúe. Desde hace siglos y hasta nuestros días, el hombre ha estado actuando demasiado y pensando demasiado poco".

A lo largo de la historia han sido muchos los autores que han definido lo que para ellos significa la reflexión.

John Dewey (1938) y Kolb (1984) afirman que la reflexión es "el medio en el que los profesionales acceden a la práctica de los conocimientos propios de cada uno y que son el resultado de experiencias anteriores. Este conocimiento experiencial es auto-conocimiento, en el sentido de que es el conocimiento sobre cómo es la práctica conocida por nosotros mismos. Este concepto de

autoconocimiento está presente en muchas definiciones sobre la reflexión enfermera" (Rolfe y Gardner, 2006, p.594).

Fitzgerald (1994) define la reflexión como "la contemplación retrospectiva de la práctica con el fin de descubrir los conocimientos utilizados en una determinada situación, analizando e interpretando la información" (Rolfe y Gardner, 2006, p.594).

Para Taylor (1998) es "la reflexión sistemática y medio por el cual los profesionales pueden dar sentido a su práctica diaria" (Rolfe y Gardner, 2006, p.594).

Atkins y Murphy (1994) afirman que es "un complejo y deliberado proceso de pensamiento acerca de la interpretación y la experiencia, para aprender de él" (Rolfe y Gardner, 2006, p.594) .

Según Johns (1999) "la reflexión es un proceso de desarrollo a la autonomía de los profesionales para conseguir y mantener una práctica eficaz" (Rolfe y Gardner, 2006, p.595).

Johns (1997) también expone que "la reflexión debe ser guiada profundamente, por la dificultad de los profesionales para ver más allá de sí mismos y ser conscientes de sus limitaciones y distorsiones para conocer. Sería conseguir un autoconocimiento no deformado. La reflexión es parte de una estrategia general de moderación y contribuye al crecimiento personal" (Rolfe y Gardner, 2006, p.595).

La reflexión se percibe como un mecanismo para asumir una postura emocional diferente, más sensible al contacto con los pacientes. Las

emociones y los sentimientos tienen un papel esencial en la reflexión y ésta, en el aprendizaje y en la construcción de conocimientos (Gustafsson, Asp y Fagerberg, 2007; Taylor, 2003).

La reflexión se considera un proceso complejo que favorece el desarrollo de conocimientos y mejora la práctica del cuidado (Mantzoukas y Jasper, 2004).

En síntesis, la reflexión en un proceso complejo en el que intervienen los deseos, las inquietudes, las experiencias de la persona y en la intuición, la creatividad y el pensamiento crítico son necesarios e imprescindibles para que a través del proceso reflexivo se construya conocimiento profesional. Esas habilidades del pensamiento intuitivo, reflexivo y analítico son cruciales en los contextos de aprendizaje (Atkinson, Claxton y Cercadillo, 2002).

A partir de todas estas definiciones, podríamos afirmar que el objetivo de la reflexión supone, sobre todo, un intento de descubrir nuestro pensamiento como conocimiento tácito, oculto, en relación con la práctica profesional, para construir conocimiento y con ello mejorar la práctica profesional.

La reflexión favorece, tanto a los estudiantes como a los profesionales, convertirse en agentes de cambio en el entorno de aprendizaje y en la práctica profesional (Patterson 1995)[12] y a los estudiantes les prepara para convivir en la realidad del mundo de la práctica.

Algunos autores consideran al pensamiento crítico como un pensamiento reflexivo y definen a éste como un proceso activo de análisis de opciones, de combinación de ideas y de asunción de riesgos mentales para establecer

[12] Citado por Langley, M. E. y Brown, S. T. (2010). *Perceptions of the use of reflective learning journals in online graduate nursing education.* Nursing Education Perspectives, 31(1), 12-17.

conexiones y evaluar los pasos seguidos para realizar conclusiones razonadas Paul 1990, Elder 1997, Faccione 1990, Lipman 1997, Beltrán 1996 (Sierra, Carpintero y Pérez, 2010).

La reflexión es un mecanismo que puede proporcionar una ruptura con la racionalidad técnica porque activa el "conocimiento inteligente" que sería el conocimiento tácito, oculto intuitivo, ese conocimiento latente que no puede ser explicado (Waldow, 2009)

La reflexión y los pensamientos críticos pueden facilitar al estudiante la gestión de los dilemas éticos de la profesión (Callister, Luthy, Thompson y Memmott, 2009)

La reflexión es considerada como una metacompetencia porque permite analizar, modificar y desarrollar otras competencias (Cheetham y Chivers, 1998).

Existe una conexión importante entre experiencia y la reflexión. La reflexión podría no ser plenamente eficaz hasta que los profesionales hayan acumulado experiencia suficiente. Esto puede deberse a que la reflexión sobre la práctica profesional implica una comparación con experiencias anteriores con la intención de mejorar la actuación profesional con cada una de ellas (Cheetham y Chivers, 2000).

Johns (1999)[13], afirma que la reflexión forma parte de un proceso de desarrollo, de madurez profesional, cuando la enfermera es capaz de

[13] Citado por Sumner, J. (2010). *Reflection and moral maturity in a nurse's caring practice: a critical perspective.* Nursing Philosophy, 11(3), 159-169.

participar en el discurso del paciente. La enfermera y el estudiante, sin experiencia, están tan ocupados tratando de gestionar todas las acciones del día, que el pensamiento en sí mismos, la reflexión, no forma parte de su experiencia cotidiana. La reflexión en este caso forma parte del aprendizaje de la experiencia.

El desarrollo de estrategias reflexivas y patrones de pensamiento son difíciles en estos casos porque tanto enfermeras noveles como estudiantes necesitan seguir las reglas y procedimientos en la toma de decisiones para solucionar los problemas de la práctica. No cuentan con pensamientos automáticos, ni actuaciones gobernadas por la intuición que comparan en el seno de la misma acción con vivencias anteriores, como lo hacen los expertos (Kuiper, Pesuty y Kautz, 2009).

Estableciendo nexos entre el pensamiento crítico y reflexivo, Facione [14] (2007) se pregunta y afirma ¿Qué tipo de persona estaría en capacidad de usar sus

[14] El Dr. Peter A. Facione y su equipo han estado comprometidos con la investigación y la enseñanza sobre razonamiento, toma de decisiones, y procesos de pensamiento individuales y grupales efectivos desde 1967. A través de los años desarrollaron instrumentos para medir las habilidades esenciales y los hábitos mentales del pensamiento efectivo. Desde 1992 el Dr. Facione ha realizado cientos de talleres sobre la enseñanza efectiva para pensar y sobre liderazgo, toma de decisiones, desarrollo de liderazgo, planeación y presupuesto, y evaluación de resultados del aprendizaje en reuniones de asociaciones de profesionales nacionales e internacionales y en universidades en todo el país. Así, en su Declaración de Consenso de los expertos en relación con el pensamiento crítico y el pensador crítico ideal declaran: “Entendemos que el pensamiento crítico (PC) es el juicio auto regulado y con propósito que da como resultado interpretación, análisis, evaluación e inferencia, como también la explicación de las consideraciones de evidencia, conceptuales, metodológicas, criteriológicas o contextuales en las cuales se basa ese juicio. El PC es fundamental como instrumento de investigación. Como tal, constituye una fuerza liberadora en la educación y un recurso poderoso en la vida personal y cívica de cada uno. Si bien no es sinónimo de buen pensamiento, el PC es un fenómeno humano penetrante, que permite auto rectificar. "El pensador crítico ideal es una persona que es habitualmente inquisitiva; bien informada; que confía en la razón; de mente abierta; flexible; justa cuando se trata de evaluar; honesta cuando confronta sus sesgos personales; prudente al emitir juicios; dispuesta a reconsiderar y si es necesario a retractarse; clara con respecto a los problemas o las situaciones que requieren la emisión de un juicio; ordenada cuando se enfrenta a situaciones complejas; diligente en la búsqueda de información relevante; razonable en la selección de criterios; enfocado en preguntar, indagar, investigar; persistente en la búsqueda de resultados tan precisos como las circunstancias y el problema o la situación lo permitan. Así pues, educar buenos pensadores críticos significa trabajar en pos de este ideal. Es

habilidades de pensamiento crítico? Los expertos la describen poéticamente como alguien que tiene "espíritu crítico". Tener espíritu crítico no significa que la persona sea siempre negativa ni excesivamente crítica de todo y de todos. Los expertos usan la frase metafórica espíritu crítico en sentido positivo. Con ello quieren decir curiosidad para explorar agudeza mental, dedicación apasionada a la razón y deseos o ansias de información confiable. El tipo de persona aquí descrita es la que siempre desea preguntar "¿Por qué?" o "¿Cómo?" o "¿Qué pasa si?"

Es por todo esto que parece necesario, comenzar a sembrar la semilla de la reflexión para que los profesionales adquieran el hábito de la reflexión en todas las acciones que llevan a cabo a lo largo de la vida profesional, desde las enfermeras principiantes hasta las expertas y, como no, comenzando por los estudiantes de enfermería.

La reflexión está presente en todas las acciones y decisiones de las enfermeras expertas en su actividad profesional. La reflexión se contextualiza en la práctica del cuidado, ocurre en la vivencia del cuidado, en la atribución de valores para ese cuidado y se desarrolla a partir de la experiencia profesional (Da Silva y Almeida, 2010).

Tras un análisis tan pormenorizado como me ha sido posible de lo que significa la reflexión para los distintos autores, soy consciente de que en la realidad se trata de un proceso reflexivo que debiera estar presente de forma sistemática en todas y cada una de las actividades profesionales. El proceso reflexivo

---

una combinación entre desarrollar habilidades de pensamiento crítico y nutrir aquellas disposiciones que consistentemente producen introspecciones útiles y que son la base de una sociedad racional y democrática".

emerge de todas las acciones de las enfermeras, por eso se ha de convertir en un hábito y en la pieza angular de la construcción del conocimiento profesional.

Nassif (1985) llamó “cultura objetiva” a la internalización del conocimiento que permite liberar los potenciales reflexivos, evaluación de la competencia profesional a través de un proceso de reflexión en el curso de la acción. La cuestión radica en ser hábiles para reflexionar en el curso de la acción.

1.2 El proceso reflexivo como vía para la emancipación profesional

En las instituciones sanitarias, el cuidado se ha entendido como la asistencia no científica que los enfermos requerían como consecuencia de los tratamientos médicos. La enfermería se ha considerado como un instrumento al servicio de la medicina y de la administración sanitaria. Como ocupación asistencial, el principal objetivo de la enfermería ha sido y es, hacer realidad, llevándolas a la práctica, las prescripciones de los grupos que ocupan un estatus más elevado en el sistema de salud. Las enfermeras son clasificadas como profesionales de bajo nivel o “semiprofesionales”, que no tienen suficiente poder para determinar las reglas de su práctica (Medina, 2006).

Los sistemas de reglas ocultas que realmente gobiernan la práctica impelen a las enfermeras no hacia las necesidades de las personas que cuidan, sino hacia los intereses de los grupos con poder dentro de la industria sanitaria.

Se considera al cuidado, como un trabajo secundario y gran parte de las actividades que las enfermeras realizan, se consideran prácticas informales y no documentadas.

La enfermería sigue manteniendo un papel de subordinación y sumisión respecto a la medicina; priorizando, por imperativo, en actividades de colaboración, como son la administración de tratamientos médicos, propios de un paradigma positivista que impera en la cultura sanitaria (Medina, 2005b; Enciso, 1997).

De todo ello, se desprende la consideración que se tiene a las actividades delegadas por otros grupos profesionales, a los que se les considera cuidados de primera, como son la administración de medicación o la realización de técnicas. La realización de técnicas está muy valorada por las enfermeras, pues proporciona mayor prestigio y relevancia y, en cambio, las actividades que delegamos en las auxiliares, los cuidados básicos, que son la esencia de nuestra profesión, no las consideramos acciones prioritarias, sino cuidados de segunda. De hecho, las enfermeras de unidades que requieren cuidados altamente especializados y tecnológicos, se sienten más valoradas dentro del colectivo y de la sociedad (Medina, 2005b; Cánovas, 2004; Ledesma-Delgado, 2009; Camillo, Silva y Nascimento, 2007).

Partiendo de la profesión enfermera y de sus orígenes, su historia y sus influencias, parece necesario analizar, qué beneficios puede aportar para la profesión, comenzar a desligarnos del paradigma positivista que ha frenado nuestro desarrollo y que ha dificultado la búsqueda de nuestra identidad y autonomía como profesión. La Enfermería reclama desde hace tiempo autonomía e identidad profesional y necesita dejar de ser un grupo oprimido, obediente y supeditado a profesiones que nada tienen que ver con el cuidado, que es el objeto de la profesión. La Enfermería necesita construir conocimiento y ello pasa por incluir el proceso reflexivo como hábito en las acciones

profesionales. Para centrar los pensamientos profesionales, para comenzar a concienciar al colectivo, se necesita libertad y se necesita priorizar en el cuidado, en cómo mejorarlo, cómo adaptarlo, cómo ampliarlo, teniendo en cuenta la complejidad del entorno y del contexto profesional. Las enfermeras necesitan el diálogo y la comunicación como estrategias para reflexionar y generar conocimiento partiendo de la práctica diaria.

Según los planteamientos de Foucault (1996), existe una relación dialéctica entre los conceptos de saber y poder, ya que en la medida que se construye un saber profesional, se constituyen las disciplinas profesionales. Los integrantes de estas disciplinas, adquieren de manera natural un poder que ejercen sobre aquellos que no tienen ese saber y son consumidores o receptores del mismo. Es importante distinguir las relaciones de poder, de las de dominación. Las primeras, están presentes naturalmente en todas las interacciones humanas, son intentos de influencia, pero permiten un mínimo espacio de libertad. Las relaciones de dominación, en cambio, no dan cabida a ese espacio de libertad, sino que existe un sometimiento de alguna de las partes.

Entre el tutor y el estudiante, existen, por tanto relaciones de poder, que se manifiestan de forma natural como interacciones humanas que son. En cambio, cuando un tutor experto, actúa imponiendo su forma de saber al alumno, lo está dominando y sometiendo a su particular manera de ver la profesión y los procesos de salud-enfermedad (Castillo et al., 2007). Estas relaciones de dominación les dificultan sus procesos personales de aprendizaje significativo ya que actúan a modo de cadenas pesadas con las que el estudiante tiene que sobrevivir y convivir con su tutor.

Freire (2007) afirma, que el diálogo es decisión y compromiso de colaborar en la construcción del mundo común. Expone, que los oprimidos siguen las pautas de los opresores y temen a la libertad, en la medida en que ésta, implicando la expulsión de la sombra, exigiría de ellos que llenaran el vacío dejado por la expulsión, con contenido diferente; el de su autonomía. La libertad exige una búsqueda permanente, que sólo existe en el acto responsable de quién la lleva a cabo. Para ello, se hacen necesarios el diálogo, la reflexión y la comunicación. "El conocimiento se convierte en una donación de aquéllos que se juzgan sabios, a los que juzgan ignorantes. Los primeros tratarán de controlar el pensamiento y la acción, inhibiendo el poder de creación y de acción" (Freire, 2007, p.73).

Este educador brasileño, define la educación como "praxis, reflexión y acción del hombre sobre el mundo para transformarlo" (2009, p.1). Si queremos influir sobre la realidad, será mediante esa acción que posibilite su transformación y su mejora. El hombre analiza la realidad mediante una toma de conciencia crítica que le lleva a una toma de decisiones que deben significar, sobre todo, un punto de partida para una acción transformadora. La educación implica un compromiso con la acción.

El proyecto lógico racional, conferido a la inteligencia humana, restringió la necesidad de pensar. La creatividad y la intuición pasaron a ser controladas por las normas y mecanismos empíricos del conocimiento científico. De esta forma, la sensibilidad del ser humano perdió dos aliados: la imaginación y la intuición. Con ellas, el ser humano alcanza lo invisible y desarrolla la sensibilidad (Terra et al., 2010).

Extrapolando esas ideas a la formación inicial de enfermería, los estudiantes, tanto en el aprendizaje teórico como en el práctico, son objetos receptores de información, recipientes que memorizan mecánicamente los contenidos teóricos y que reproducen las técnicas de la práctica, sin reflexionar sobre cuestionamientos y sin implicarse en la búsqueda de su propio aprendizaje profesional. ¿Pero, por qué se comportan así los estudiantes?, ¿por qué no se sienten libres para plantear sus opiniones?, ¿las relaciones que se establecen entre tutoras y alumnos cohíben en gran medida está libertad?, ¿se sienten las tutoras amenazadas por los continuos interrogantes de los estudiantes que reaccionan coaccionando las curiosidades de los alumnos y evitando las respuestas?, ¿no es esto una relación de dominación y no supone una relación desigual entre las enfermeras, situadas en un estatus superior y los estudiantes a sus órdenes?, ¿no es esto lo que las enfermeras recriminamos a otras profesiones?.

Mientras esta relación no se constituya de manera horizontal, mientras ambos, tutores y estudiantes, no consigan establecer una relación de confianza, basada en el diálogo y en el respeto, difícilmente surgirán pensamientos reflexivos, creativos y de orden superior, porque el cuestionamiento del estudiante, en este caso, se vivirá como una amenaza (Eccelli, 2002). Mientras esta actitud de interrogación continua no sea vivenciada por los tutores y por los estudiantes como una oportunidad de desarrollo, existirán pocas posibilidades de crecimiento y de aprendizaje mutuo.

Nadie puede aprender si teme por su seguridad, su integridad personal o simplemente por sus bienes. La violencia está en estado latente en la relación pedagógica, en cuanto hay relación de fuerza y en cuanto no se reconoce a

todo el mundo los mismos derechos o no se asegura el respeto de estos derechos (Perrenoud, 2007b).

Los estudiantes, a través de la socialización profesional, aprenden a pensar y a actuar en las formas que son definidas por los grupos tradicionalmente dominantes. Además, con frecuencia, el profesorado de enfermería incorpora y reproduce en su práctica docente esquemas inconscientes de autoritarismo, que asimilaron de forma inconsciente durante su experiencia profesional como enfermeras. Este autoritarismo conduce al aprendizaje por subordinación y al paternalismo o maternalismo muy arraigado en la cultura enfermera. En ocasiones, los docentes enseñan más como enfermeras, que como educadores y transmiten una imagen excesivamente idealizada y perfeccionista del papel que los estudiantes deben desempeñar en las prácticas. No se potencian en los estudiantes valores y actitudes asociados con la reflexión crítica y la autonomía intelectual sino valores como la docilidad y la subordinación a través de una cultura del autoritarismo, la rigidez y la obediencia (Medina, 2005a).

No cabe duda de que la calidad de la práctica enfermera depende del conocimiento que se haya aprendido y ese conocimiento no puede ser interiorizado, ni heredado, sin haber tenido la oportunidad de indagar, de cuestionar y de alcanzar por méritos propios y de forma libre. La enfermería ha adquirido conocimientos a lo largo de la historia a través de tradiciones, autoridad, préstamos, ensayo-error, experiencia personal, intuición y razonamiento. Todos ellos, comprenden creencias que están basadas en costumbres o tendencias que han sido transmitidas de la visión tradicional de la ciencia y que pueden estrechar o limitar el conocimiento exigido para la praxis enfermera (Fernández, 2008).

El aprendizaje práctico debe reconocer la relación existente entre saber-poder, pero no la debe transformar en dominación, sino que debe permitir el espacio para la libertad, para el cuestionamiento, para la decisión consciente y para la reflexión crítica.

Tanto los profesionales como los estudiantes en el contexto práctico, deben de establecer relaciones horizontales, relaciones entre iguales que favorezcan el pensamiento crítico, creativo, intuitivo y personal, relaciones que contribuirán a crear un contexto favorecedor del aprendizaje.

El tipo de relación pedagógica que ambos establezcan será crucial para que, tanto el alumno como el tutor, aprendan y se beneficien, mejorando su práctica profesional.

Los estudiantes están en una situación de desventaja con respecto a los profesionales expertos pues no cuentan con un bagaje experiencial tan variado e intenso como sus tutores. Los estudiantes deben ser considerados como piezas importantes del equipo, deben de sentirse libres para exponer sus pensamientos sin miedo a ser sancionados por sus tutores y, sobre todo, deben de sentirse libres para que afloren los pensamientos críticos cargados de creatividad.

Los estudiantes tienen que tener confianza en sí mismos, para considerar sus pensamientos intuitivos como valiosos en todas las acciones profesionales. Deben sentirse “sujetos” para ser capaces de, en un futuro profesional, considerar las individualidades de sus pacientes, considerándolos también “sujetos” a quiénes van destinados sus cuidados.

La libertad de acción, la libertad de pensamiento, la libertad de expresión deberán ser elementos básicos en la relación pedagógica de tutores y estudiantes y deberán estar presentes en las acciones profesionales, para que el proceso reflexivo se convierta en un hábito que contribuya a la construcción de conocimiento y a la transmisión del legado reflexivo del saber profesional.

Desde las universidades, se muestran al estudiante metodologías enfermeras sistemáticas, con la finalidad de ayudarles a enfrentar la resolución de las situaciones de la práctica. Este sistema de sistematización del cuidado contribuye a coartar el proceso creativo y reflexivo del cuidar o del aprender a cuidar, en el caso de los estudiantes (Martínez, Tovar, Rodríguez, García, Pulido y Aparicio, 2008) . El reto para los docentes es conseguir la autonomía del estudiante en la gestión de su aprendizaje, ejerciendo un rol activo-participativo. Se debe favorecer la discusión, la reflexión y el pensamiento crítico sobre cualquier materia, conocimiento o disciplina (Rodríguez, Martínez, Tovar, García, Pulido y Más, 2008).

En su formación práctica, los alumnos tienen que adquirir la responsabilidad de aprender y de crear “alianzas” con sus tutores y, los tutores, deben contribuir a incrementar la motivación de los estudiantes utilizando la retroalimentación y la comunicación (Fernández, Rodríguez, Aparicio y Tovar, 2007).

1.3 El proceso reflexivo: la semilla del saber práctico.

He olvidado la palabra que una vez quise decir

y, pensamiento sin voz, vuelve al reino de las sombras

Osip Mandelstam

Gran parte de lo que hacen los profesionales, apremiados por las exigencias del momento, no es premeditado, es de naturaleza intuitiva. Surge una situación, se actúa y es únicamente después, si acaso, cuando nos detenemos a estudiar qué es lo que estaba ocurriendo y por qué se ha hecho lo que se ha hecho (Atkinson y Claxton, 2002).

Cuando se emprenden las acciones espontáneas y cotidianas de la vida diaria a menudo no sabemos decir qué es lo que sabemos, no somos capaces de describirlo o se hacen descripciones que no son apropiadas. El conocimiento en estas situaciones es tácito, está implícito en nuestros patrones de acción (Schön, 1992).

Polanyi (1967, p.4) en su libro la "Dimensión Tácita" afirma que "sabemos más de lo que podemos expresar en palabras".

El pensamiento no se expresa con palabras, llega a la existencia a través de ellas. Cada pensamiento trata de conectar algo con algo, de establecer una relación entre las cosas. Cada pensamiento se mueve, crece y se desarrolla, desempeña una función y resuelve un problema. Las palabras mueren cuando dan a luz el pensamiento. Es una realidad inestable, cambiante y dinámica, que oscila entre los dos componentes, hasta cierto punto, estables y definidos, del pensamiento verbal: la palabra y el pensamiento. A menudo, un hablante necesita varios minutos para manifestar un solo pensamiento. En su mente, el

pensamiento completo se presenta simultáneamente, pero en el habla tiene que ser desarrollado sucesivamente. Porque el pensamiento no tiene su equivalente automático en palabras, la transición del pensamiento a la palabra, pasa por el significado. El pensamiento no sólo lo genera el pensamiento; lo engendra la motivación, es decir, nuestros deseos y necesidades, nuestros intereses y emociones. Sólo podemos empezar a pensar si estamos motivados en hacerlo (Vygotsky, 2010).

Heidegger[15] (1994a) denomina "saber práctico" al saber que se obtiene de una situación, donde se comparten habilidades, hábitos y conocimientos y que no existe en los libros sino en las experiencias.

Los profesionales se encuentran frecuentemente enredados en conflictos de valores, metas, propósitos e intereses. En algunas profesiones, la conciencia de la incertidumbre, la complejidad, la inestabilidad, el carácter único, y el conflicto de valores ha llevado a la emergencia de un pluralismo profesional (Schön, 1992).

La ética del cuidado considera, que no sólo incluye las actividades que realiza la enfermera, sino cómo ejecuta cada una de las acciones de cuidado; es decir, la forma, los motivos por los que los realiza y las relaciones que establece con el sujeto de cuidado, todo ello, resultado de un proceso de reflexión continuo que guía las acciones profesionales (Martínez y Cenit, 2009).

Los profesionales reflexionan sobre lo que hacen, algunas veces, incluso mientras lo están haciendo. El proceso completo de reflexión desde la acción

[15] Citado por Molina, P.M y Jara, P.T. (2010). *El saber práctico en enfermería.* Revista Cubana de Enfermería, 26(2), 167-170.

resulta central para el arte, mediante el cual, los profesionales algunas veces reaccionan bien en situaciones de incertidumbre, inestabilidad, carácter único y conflicto de valores.

A medida que la práctica se hace más repetitiva y rutinaria y el saber desde la práctica, se hace cada vez más tácito y espontáneo, el profesional puede perder importantes oportunidades de pensar en lo que está haciendo. Si el profesional aprende a no prestar atención selectiva a los fenómenos que no se adecuan a las categorías de su saber desde la acción, entonces, puede sufrir de aburrimiento o quemarse y afligir a sus clientes con las consecuencias de su estrechez y rigidez.

A través de la reflexión se pueden hacer emerger y criticar las comprensiones tácitas que han madurado en torno a experiencias repetitivas de una práctica especializada y puede dar un nuevo sentido a las situaciones de incertidumbre o únicas que él pueda permitirse experimentar.

Los profesionales reflexionan sobre su saber desde la práctica, mientras están en medio de ella. La reflexión desde la acción es central para el arte a través del cual, los profesionales hacen frente a las situaciones divergentes de la práctica.

Cuando alguien reflexiona desde la acción se convierte en un investigador en el contexto práctico. La reflexión desde la acción es un proceso extraordinario, es el núcleo de la práctica. Un profesional en una conversación reflexiva se esfuerza por resolver el problema que produce nuevos descubrimientos, que requieren una nueva reflexión desde la acción. Cuando el profesional trata de solucionar el problema, busca tanto comprender la situación como cambiarla. El profesional reflexionando sobre esta réplica puede encontrar nuevos

significados en la situación que le conducirán a una nueva reestructuración. Cuando un profesional da sentido a una situación, percibe que esta es única, la ve como algo ya presente en su repertorio. Es nuestra capacidad para ver situaciones desconocidas, como si fueran familiares y de hacer en las primeras, lo que hemos hecho con las últimas, lo que nos capacita para aportar nuestra experiencia pasada, de modo que tenga que ver con el caso único. Es nuestra experiencia para ver cómo y hacer cómo, lo que nos permite tener el tacto necesario para los problemas que no se adecuan a las normas existentes. La maestría de un profesional se apoya en la amplitud y variedad del repertorio que aporta a las situaciones desconocidas. Por otro lado, cada nueva experiencia de reflexión desde la acción enriquece su repertorio.

En la práctica de las profesiones, la reflexión no es un acontecimiento extraño, pero los sistemas de saber desde la práctica, pueden limitar el alcance y la profundidad de la reflexión. Se piensa, que el pensar interfiere en el hacer, por las dificultades para describirla y porque se piensa que paraliza la acción, pero no es así.

Los profesionales cuando reflexionan desde la acción describen sus comprensiones intuitivas pero sí es cierto que existe un vacío entre esas descripciones y la realidad a la que se refieren. Cuando se aprende a reflexionar, la reflexión inhibe temporalmente la acción, se produce una pérdida de espontaneidad. Nos iniciamos más probablemente en la reflexión en la acción cuando estamos atascados o insatisfechos con nuestra actuación. El pararse a pensar en una acción mantiene la capacidad de mantener viva una multiplicidad de perspectivas de la situación (Schön, 1998).

Anteriormente se ha planteado, la necesidad de la que la reflexión se convierta en un hábito y que esté inmersa en todas las acciones profesionales. No menos importante es el asunto de que los profesionales verbalicen sus pensamientos reflexivos y compartan con los estudiantes su conocimiento experto y práctico, que permanece oculto y que se muestra en el curso de las acciones profesionales, sin que los profesionales, en sí mismos, sean conscientes de los procesos que les han llevado a ponerlos en marcha. Es pertinente analizar el proceso por el cual, las enfermeras expertas resuelven problemas de la práctica a pesar de las dificultades para verbalizar cuales son los pasos que les llevan a pensar eso y no otra cosa o a actuar de esa forma y no de otra.

Ese conocimiento tácito de los profesionales expertos no se puede comprender de forma simplista sin tener en cuenta el contexto profesional de la enfermería. El entorno práctico se caracteriza por situaciones de incertidumbre, situaciones complejas, imprevisibles en las que la actuación automática y experta de las enfermeras es considerada vital, para resolver los conflictos de la cotidianidad. En esas situaciones, la respuesta de las profesionales expertas, está cargada de pensamientos intuitivos, que tienen su base y que se rigen, por ese conocimiento oculto y tácito del que son portadoras. Sólo mediante el intento de la explicitación de esos pensamientos y esas reflexiones intuitivas, las profesionales favorecerán la transmisión del legado del cuidado a los estudiantes.

Se ha de cultivar en los futuros profesionales la conciencia de que las acciones cotidianas deben de ir acompañadas de pensamientos y reflexiones que traten de otorgar un significado a esa práctica, de forma que no caiga en el olvido y con la intención, de que dicha acción, forme parte del repertorio experiencial

del estudiante, al que pueda recurrir en situaciones similares, de forma que sirvan de guía para mejorar los cuidados.

Los estudiantes, que carecen de experiencia profesional, deben intentar transformar en palabras esos pensamientos y reflexiones, que serán conscientes e intencionales en un principio, pero que, con los años de experiencia profesional, se irán transformando en intuitivos y automáticos como los de sus tutores.

El objetivo último sería, que los profesionales y los estudiantes, sean capaces de pensar la acción, desde la perspectiva del cuidar (Sanjuán y Martínez, 2009).

Barnett (1992)[16] alude a la "caja negra" del procedimiento, refiriéndose al depósito de lo que frecuentemente permanece inexplicado, sin nombre e invisible. Hasta que la práctica del procedimiento, no entra en la consciencia, no se podrá reflexionar sobre ella. Existen un conjunto de invisibles, que influirán en la reflexión del procedimiento, como los valores, los sentimientos, las relaciones implícitas de poder…

Otro aspecto de vital importancia serían los valores, los componentes afectivos del pensamiento, fundamentales para aquellas disciplinas, como la enfermería, en las que la base del conocimiento es el cuidado dirigido a las personas en todas sus esferas.

Edgar Morín (1999), afirma que el conocimiento está amenazado por el error y por la ilusión y es fruto de la reconstrucción mediada por el lenguaje y el

[16] Citado por Harvey, L. y Knight, P. (1996). *Transforming higher education.* London: Open University Press

pensamiento. Este conocimiento implica la interpretación de la subjetividad del conociente, de su visión del mundo. Los deseos, los miedos, las afectividades multiplican los riesgos de error. Todo conocimiento necesita despegar los interrogantes sobre la posibilidad de conocer. La incertidumbre destruye el conocimiento simplista y es un desintoxicante del conocimiento complejo. Para que un conocimiento sea pertinente, la educación deberá evidenciar el contexto, lo global, lo multidimensional y lo complejo. El conocimiento de las informaciones aisladas es insuficiente, hay que ubicarlos en su contexto para que adquieran sentido. El conocimiento pertinente debe reconocer esta multidimensionalidad y debe enfrentar la complejidad. Hay complejidad cuando son inseparables los elementos diferentes que constituyen un todo. La educación debe promover una inteligencia general apta para referirse, de manera multidimensional, a lo complejo, al contexto en una concepción global. El principio de reducción conduce naturalmente a restringir lo complejo a lo simple, puede conducir a la eliminación de todo aquello que no sea cuantificable ni medible, suprimiendo lo humano, unidimensionaliza lo multidimensional, destruyendo las posibilidades de comprensión y de reflexión. Por todo ello, la educación del futuro deberá centrarse en la condición humana, el ser humano es un ser plenamente biológico y plenamente cultural. Vivimos en una época cambiante donde los valores son ambivalentes, donde todo está ligado y donde debemos aprender a enfrentar la incertidumbre ligada al conocimiento.

Morín (1999, p.3) sigue afirmando que “el conocimiento es una aventura incierta que supone navegar en un océano de incertidumbres a través de archipiélagos de certezas”. Introduce la noción de “ecología de la acción”, que significa que tan pronto un individuo emprende una acción, ésta empieza a

escapar de sus intenciones; dicha acción entra en un universo de interacciones y es el entorno, el que conforma el sentido. La acción se nos devuelve como un boomerang, que podemos seguir, corregir e incluso destruir. La ecología de la acción significa tener en cuenta su propia complejidad. Significa reconocer los riesgos y la estrategia, incertidumbre, que permite modificar e incluso anular la acción emprendida. La respuesta a las incertidumbres de la acción pasa por la buena elección de una decisión y la decisión va precedida de un proceso reflexivo desde la acción (Schön, 1998), que culmina con la elaboración de una estrategia que tenga en cuenta la complejidad de la acción. El "bien pensar" es el modo de pensar que permite aprehender en conjunto, teniendo en cuenta el contexto, lo multidimensional y lo complejo (Morin, 1999).

Los pensamientos se formulan en diagramas y figuras que no siempre se vierten sobre el papel. Se ven con los ojos de la mente. Gran parte de nuestro pensar ordinario se lleva a cabo en un monólogo interno. La aptitud para hablarse a uno mismo en silencio no se adquiere de inmediato, ni sin esfuerzo y, para que podamos realizarla, es condición necesaria que hayamos aprendido previamente a hablar en voz alta con inteligencia y que hayamos comprendido a los demás cuando lo hacen. El silencio es una propiedad definitoria del pensamiento.

La acción de una persona es calificada de cuidadosa o habilidosa sí, en su ejecución, es capaz de detectar y corregir errores, de repetir y mejorar éxitos, de aprovechar el ejemplo de los demás…

Una acción muestra inteligencia, si el sujeto piensa en lo que está haciendo mientras lo está haciendo, de modo que la acción no se llevaría a cabo si no

estuviera pensando en lo que está haciendo. Toda actuación inteligente presupone la observación de reglas o la aplicación de criterios. A menudo, no sólo reflexionamos antes de actuar, sino que lo hacemos para poder actuar correctamente.

Se trata de aprender a hacer las cosas pensando en lo que se está haciendo, de modo que cada acto ejecutado es en sí mismo, una nueva lección que ayuda a mejorar la acción. La mera rutina deja de lado la inteligencia y el entrenamiento la desarrolla. El sujeto que razona, se encuentra con nuevas objeciones, interpreta nuevas evidencias y establece conexiones entre elementos de la situación que no han sido coordinados previamente.

Explicar que una acción ha sido efectuada por cierto motivo o inclinación no implica correlacionarla con una causa oculta, sino incluirla en una propensión a comportarse de cierta manera. Cuando decimos que alguien actúa por puro hábito, queremos decir que, en circunstancias similares, siempre actúa de la misma manera, no trata de corregir o mejorar su comportamiento. A tales acciones se les otorga el nombre de automáticas. Los hábitos automáticos se inculcan por rutina y sólo pueden erradicarse mediante una rutina contraria. Una persona piensa en lo que está haciendo, cuando su acción no es automática, sino originada en un motivo, actuando de manera cuidadosa, de forma crítica, consistente e intencionada. La clase de acciones realizadas por un motivo coincide con la clase de acciones que se describen como más o menos inteligentes (Ryle, 2005).

Según Sennet (2009), el dominio tácito está formado por hábitos que, una vez adquiridos, se hacen inconscientes; el dominio explícito surge cuando el hábito encuentra resistencia, cuando se topa con un desafío y se hace necesaria la

deliberación consciente. Lo más importante es que el dominio tácito de comprensiones, afirmaciones de apoyo, proporciona el fondo que permite a una persona centrarse en la realización correcta de una tarea en particular.

El profesional experto no calcula, no resuelve problemas, ni siquiera piensa, simplemente hace, lo que normalmente funciona. No sigue reglas y discrimina entre miles de casos especiales. La racionalidad calculante, significa solicitarle al experto que recuerde las reglas que ya no usa, significa una pérdida de pericia (Dreyfus, 1992).

En los ámbitos clínicos, a los profesionales les interesa menos lo que ocurre en general, que en una ocasión en particular. La vida en su concreción cotidiana, tiene una complejidad, que impide que las experiencias se puedan clasificar en casos claros y diferenciados (Toulmin, 2003).

La distinción entre oficio y dominio es definida con agudeza en un poema de W.H. Auden, "Sext", tercera parte de las Horae Canonicae, escrito en 1954[17].

El desarrollo de la habilidad de un oficio obliga a centrarse en la zona de la actividad, en que las reglas encuentran resistencia o anomalías, es un trabajo exploratorio.

Igualmente importante es la diferencia entre oficio y dominio en lo concerniente al tiempo. El trabajo artesanal es lento, se va acumulando paso a

[17] Citado por Sennet, R. (2009). *El respeto. Sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad.* Barcelona: Anagrama.

Auden evoca así las habilidades del artesano: *No hace falta saber lo que alguien hace para saber si es su vocación, basta observarle los ojos: un cocinero preparando una salsa, un cirujano practicando una incisión primaria, un oficinista extendiendo la factura de un envío, tienen la misma expresión arrobada con olvido de sí mismos en una función.*

paso, requiere práctica. Mientras que la exhibición del dominio puede llevar sólo unos minutos. La práctica del oficio puede parecer una actividad de mayor valor inherente, que el esfuerzo por demostrar dominio. La habilidad del trabajo artesanal reside en la capacidad propia para obsesionarse por los detalles.

El profesional experto se debe constituir como un pensador crítico para que se perciba a sí mismo como lo plantea Lipman (1998), "como un buen artesano, y la artesanía no se logra mediante la acumulación de habilidades. Podemos ser sumamente diestros en operaciones de cortar, fundir metales...pero si carecemos de los criterios de belleza, utilidad, armonía o poseemos dichos criterios pero no los realizamos con elevado grado de satisfacción, seremos unos artesanos un poco desdichados"[18].

El conocimiento debe extraerse de la práctica y la práctica, a su vez debe ser fuente de conocimiento (Colom, 2002).

Todos los oficios que tienen por base los saberes elaborados a partir de sus tácticas pueden profesionalizarse sin perjuicios. Según Collière (1991), la Enfermería debe adquirir los cimientos de un oficio, pasar de las tareas asignadas a la capacidad de identificar, nombrar y explicitar la actividad que representan los cuidados.

Al dominar una disciplina concreta, aprendemos a qué cosas debemos prestar atención y, qué otras cosas, debemos descartar para llevar a bien una actividad o un argumento concreto. Poner entre paréntesis no es pernicioso, si dejamos

[18] Citado por Palencia, E. (2008).*Reflexión sobre el ejercicio docente de enfermería en nuestros días.* Investigación y Educación en Enfermería, 24(2), 130-134.

abierta la posibilidad de considerar otros procedimientos alternativos (Toulmin et al., 2003).

Las enfermeras resuelven situaciones de la práctica, mostrando competencias que permanecen ocultas, competencias que surgen de un conocimiento tácito, oculto y cargado de subjetividad. Se llevan a cabo en la práctica, juicios, decisiones, acciones de modo espontáneo sin que se expliciten las reglas o los procedimientos que se siguen para ello. Este modo de actuar, implica además de un conocimiento tácito, una reflexión en la acción y sobre la reflexión en la acción, que tampoco se alcanza a concretar, pero que resuelve situaciones de incertidumbre y de conflicto con las que las enfermeras conviven en la práctica cotidiana (Schön, 1992).

Este autor, afirma que las situaciones de la práctica se caracterizan por la ambigüedad de la naturaleza del problema que le hace dependiente de la situación en la que surge. Cada problema es un caso único, en un contexto único, que le hace permanecer fuera de teorías y técnicas, en la entran en juego la experiencia previa del profesional, el diálogo y la reflexión y en la que la intuición o saber tácito y el arte serán la base para su resolución. En esta práctica, siempre estarán presentes los valores, ya que el profesional se halla ante el dilema de si lo técnicamente correcto o lo científicamente posible es lo moralmente adecuado. En todas las situaciones de la práctica profesional están presentes de manera simultánea estos tres rasgos, de tal manera, que las actividades profesionales son complejas, ambiguas e inestables y requieren de un gran componente intuitivo y tácito, que precede a la lógica conceptual.

El profesional no actúa siguiendo las premisas de la racionalidad técnica, sino que es un práctico reflexivo con un conocimiento práctico y tácito, que surge durante las acciones de la práctica. Se distinguen tres componentes en toda actuación: el conocimiento en la acción, la reflexión en la acción y la reflexión sobre la reflexión en la acción.

El conocimiento en la acción tiene que ver con esas actividades que se realizan sin llevar a cabo razonamientos previos, adoptando cursos de acción sin que se sea capaz de determinar las reglas o procedimientos que seguimos. Ese conocimiento es fruto de la experiencia y de las reflexiones pasadas, reside en la acción y se convierte en semiautomático y preconsciente.

La reflexión en la acción surge, a menudo, cuando el profesional, como consecuencia de un resultado inesperado, piensa sobre lo que está haciendo, incluso durante la acción misma, es una reflexión que se efectúa durante la acción para reorganizar lo que estamos haciendo, en el instante en que se está realizando.

La reflexión sobre la reflexión en la acción tiene que ver con los procesos de análisis sobre los procesos y los resultados implicados en ellas, es una reflexión más reposada en la que el profesional puede reconstruir y comprender retrospectivamente sus procesos de reflexión en la práctica; sería como una meta-reflexión en torno al conocimiento y la reflexión en la acción.

Tras analizar estos tres componentes, se puede afirmar que uno de los mecanismos para generar conocimiento profesional es la reflexión en la acción**,** es decir, mediante la práctica reflexiva, los profesionales se enfrentan a las situaciones complejas de la práctica del cuidado, siendo capaces de transformarlas mejorando la calidad de los cuidados.

Cuestionar la práctica profesional, reflexionando sobre el porqué de las acciones profesionales, aportaría conocimiento propio; no sólo produciendo saber, sino retroalimentando lo que hemos venido haciendo. La experiencia práctica nos coloca en una posición de sensibilidad frente a las inquietudes que nos proporciona el mismo ejercicio profesional (Díaz de Flórez, 2001).

Esta posición sensible es la que nos hace estar más alerta a los pensamientos y reflexiones que desencadenan nuestras acciones profesionales y que culminan con una construcción de conocimiento continua.

En nuestro quehacer profesional se generan de forma continua pensamientos reflexivos que gestan la necesidad de indagar, de sorprenderse ante las dudas y que surgen de nuestras propias actividades (Schön, 1996).

Los pensamientos reflexivos desarrollados en la práctica asistencial provocarán una reflexión continua sobre aspectos del cuidado, mediante una observación rigurosa de la realidad, indagando en lo que sabemos, hacemos, decimos y pensamos (Nicolás-Cisneros, 2008).

Los profesionales aprenden haciendo mediante lo que Kolb (1984) denomina "experimentación activa". En el ciclo de aprendizaje de Kolb, el autor identifica los pasos del aprendizaje en experiencia concreta que significa "hacer algo", observación reflexiva, reflexionar qué fue bien, qué podría mejorarse y buscar el feed-back del resto, teorización acerca de lo ocurrido para explorar opciones, alternativas...y por último, plantear qué hacer la próxima vez. Esta experimentación activa de Kolb es lo que Schön (1992) denomina reflexión en la acción. La reflexión en la acción, según este autor, se caracteriza por la experimentación en curso; un intento del profesional de comprender la

situación, es una prueba de hipótesis, un juego con la situación. Se puede experimentar para explorar la acción, para producir un cambio deseado o bien para probar distintas hipótesis. Cuando el profesional reflexiona desde la acción en un caso que percibe como único, prestando atención a los fenómenos y sacando a la superficie su comprensión intuitiva de ellos, su experimentación es enseguida exploratoria, probando la acción y probando la hipótesis. Las acciones de los prácticos también funcionan como sondeos exploratorios de sus situaciones. Sus acciones estimulan las réplicas de la situación, las cuales les hacen apreciar cosas en la situación que van más allá de sus percepciones iniciales del problema. La reformulación que hace el profesional del problema de la situación lleva consigo una hipótesis acerca de la situación misma. Los fenómenos que buscan comprender, son parte de su propio quehacer y la finalidad es comprender. La acción experimental se inicia por la percepción de algo dificultoso o prometedor y termina con la producción de cambios, que uno encuentra del todo satisfactorios o con el descubrimiento de nuevos aspectos que proporcionan a la situación un nuevo significado y cambia la naturaleza de las cuestiones que han de ser exploradas (Schön, 1998). En ese descubrimiento de aspectos que cambian la naturaleza de la acción, tiene un papel vital la intuición. Algunos autores, consideran a la intuición como una valiosa fuente hipótesis, de auto-interrogaciones, de considerar que podríamos haber visto, sentido o juzgado de manera diferente, es una de las maneras de conocer, de reflexionar (Atkinson y Claxton, 2002).

La intuición genera incertidumbre y requiere del cultivo de ciertas actitudes y tolerancias. La intuición puede emerger como conocimiento sin entendimiento y se ha de ser capaz, de tolerar esa falta de claridad mental. Se ha de aprender a convivir con la intuición, con la incomodidad de la confusión, hasta que se

produce la comprensión de la acción como resultado de la experimentación de la acción en sí misma. Podríamos afirmar que la intuición es una manera de desencadenar la reflexión. Ambas, intuición y reflexión, deberían ser consideradas generadoras de conocimiento práctico, al ser herramientas que tienen la capacidad de experimentar en el curso de la acción, con intención de producir cambios, de otorgar nuevos significados a las acciones profesionales.

En una investigación sobre cualificaciones, Bernd Haasler (2004)[19], basándose en los trabajos de Benner (1987) distingue 6 dimensiones del conocimiento práctico, que merece la pena analizar:

- Sensibilidad ante las pequeñas diferencias cualitativas (sensibilidad). El trabajo práctico se caracteriza por el hecho de que los profesionales adquieren con la experiencia una sensibilidad cada vez mayor ante diferencias situacionales (Gerds, 2002)[20].

- Comprensión compartida (contextualidad). La práctica del trabajo profesional, hace que, conforme se amplía la experiencia obtenida durante la formación, los miembros de la comunidad práctica profesional dispongan de un bagaje cada vez mayor de experiencias similares y compartidas. Esto permite a los implicados cooperar

[19] Rauner, F. (2007). *El conocimiento práctico y la competencia de acción en la profesión*. Revista Europea de Formación Profesional, 1(40), 58-73.

[20] Rauner, F. (2007). *El conocimiento práctico y la competencia de acción en la profesión*. Revista Europea de Formación Profesional, 1(40), 58-73.

estrechamente "sin demasiadas palabras" incluso en situaciones de trabajo de gran complejidad (Wehner et al., 1996)[21].

- Supuestos previos, expectativas y actitudes (situacionalidad). El conocimiento práctico incluye supuestos previos y expectativas sobre situaciones y procedimientos de trabajo típicos de la profesión. La interrelación entre los supuestos previos, las actitudes y las expectativas derivados de la experiencia, desemboca en la comprensión del problema (Holzkamp, 1985)[22].

- Tareas paradigmáticas (paradigmaticidad). Benner y Wrubel (1982)[23] introdujeron el concepto de casos paradigmáticos. Las tareas paradigmáticas son aquellas que ponen a prueba nuestras competencias desde un punto de vista subjetivo y que, objetivamente, amplían o enriquecen nuestra experiencia de trabajo, pero que pueden resolverse creando esquemas de acción plausibles a partir de la experiencia y el conocimiento previos.

---

[21] Rauner, F. (2007). *El conocimiento práctico y la competencia de acción en la profesión*. Revista Europea de Formación Profesional, 1(40), 58-73.

22 Rauner, F. (2007). *El conocimiento práctico y la competencia de acción en la profesión*. Revista Europea de Formación Profesional, 1(40), 58-73.

23 Rauner, F. (2007). *El conocimiento práctico y la competencia de acción en la profesión*. Revista Europea de Formación Profesional, 1(40), 58-73.

- Comunicación en la comunidad de la práctica (comunicatividad). Los expertos desarrollan en la comunidad de la práctica formas de comunicación altamente económicas que abarcan un amplio espectro tanto verbal como no verbal. Las connotaciones subjetivas de lo comunicado muestran en una comunidad de práctica un elevado grado de sintonía. Para acceder al conocimiento práctico de una comunidad práctica es preciso comprender primero su lenguaje (Becker, 2005)[24].

- Tareas impredecibles y metacompetencia (perspectividad). La acción profesional práctica tiene lugar en situaciones y contextos de trabajo con un grado de impredecibilidad variable según la profesión. En estas situaciones de trabajo se crean permanentemente conocimientos prácticos. Por consiguiente, el conocimiento sobre los procesos de trabajo es siempre un conocimiento incompleto, que se hace consciente de forma subjetiva en la resolución de tareas impredecibles y que tiene que actualizarse y completarse situacionalmente cada vez desde el principio.

De lo expuesto anteriormente, se deduce que la competencia profesional se desarrolla en un proceso de experiencia práctica reflexiva (Rauner, 2007).

El proceso, mediante el cual, se genera y se produce conocimiento profesional que habilita para un ejercicio competente de la enfermería es la reflexión sobre la propia práctica. Es la racionalidad práctica-reflexiva y no la técnica,

[24] Rauner, F. (2007). *El conocimiento práctico y la competencia de acción en la profesión*. Revista Europea de Formación Profesional, 1(40), 58-73.

aquella, verdaderamente útil en el enfrentamiento con las situaciones ambiguas e inestables de la práctica de la enseñanza (Medina y Parra, 2006).

De todas estas afirmaciones y estudios, podemos reforzar la idea de que los profesionales se deben de convertir en prácticos reflexivos, de forma que, en todas las acciones de la práctica, esté presente el proceso reflexivo como eje principal de la resolución de los problemas de la práctica. Los estudiantes, en su papel de futuros profesionales, deben aprender el legado reflexivo del cuidado, deben de aprender a pensar y adquirir habilidades de pensamiento complejo, deben de ser entrenados en el hábito de la reflexión para lograr convertirse en practicantes reflexivos como sus tutores.

Dewey (2007), afirma que el pensamiento complejo no es predictivo, ni protocolario, implica el análisis de situaciones complejas, suele producir soluciones múltiples, está sujeto a interpretaciones, implica criterios múltiples que pueden entrar en conflicto entre sí, supone incertidumbre, autocorrección y requiere esfuerzo. ¿Pero no están todos estos aspectos presentes en las situaciones de la práctica de enfermería? Se debe intentar formar a los estudiantes en este tipo de pensamiento, que les va a ayudar a enfrentarse a situaciones de su futuro desarrollo profesional.

No es tarea fácil enseñar o aprender a pensar, pero si se puede aprender cómo pensar bien y cómo adquirir el hábito general de reflexión. Según Dewey (2007), el pensamiento reflexivo es la mejor manera de pensar. Este tipo de pensar es el resultado de la actividad mental personal, es un encadenamiento ordenado de ideas, análisis e investigaciones personales y surge cuando comenzamos a interrogarnos por algo e intentamos probar su autenticidad mediante su justificación. El pensamiento reflexivo, se compone de dos fases,

la primera sería la interrogación y la segunda sería la búsqueda. Para que comencemos a preguntarnos por cuestiones de la práctica, parece fundamental, contar con experiencias anteriores que generen este tipo de cuestionamiento y con un fondo de conocimientos adecuados sobre el tema.

También, la incertidumbre parece necesaria para que emerjan estos tipos de pensamientos, pero, esta búsqueda intelectual, incomoda y empuja a las personas a encontrar respuestas rápidas, sin lograr la suspensión del juicio que desemboca en ideas preconcebidas, cultivando un hábito mental dogmático. El pensamiento reflexivo sirve para liberarnos de la actividad mental impulsiva y rutinaria. Las actitudes que se han de cultivar para que afloren estos pensamientos, son la mentalidad abierta, el entusiasmo y la responsabilidad.

"Una parte de nuestra vida mental consiste en pensar en lo que vamos a hacer, en lo que hacemos, en lo que hemos hecho. Todo ser humano es un practicante reflexivo, si se insiste en ello es para invitar a una reflexión más metódica, que no se mueva únicamente por sus móviles habituales –angustia, resistencia...sino por una voluntad de aprender metódicamente de la experiencia..." (Perrenoud, 2007b, p.137).

Uno de los objetivos de los modelos reflexivos, es conseguir autonomía, de manera que tanto los profesionales como los estudiantes, sean capaces de pensar por ellos mismos, que no imiten a ciegas lo que hacen otros, sino que realicen sus propios juicios sobre los sucesos.

La imitación ciega es la que, con frecuencia, amenaza la autonomía de los estudiantes. Con el fin de animar a la imitación reflexiva, cabe la posibilidad de que los tutores inviten a los estudiantes a la reflexión. Se corre el riesgo de

pensar que la autonomía sea considerada como un cierto grado de individualismo y, todo lo contrario, se trata de contribuir a la formulación de juicios, para ser capaces de transformar el mundo según nuestros propios criterios, contribuyendo a mejorar la calidad de la actividad profesional.

Se ha de formar a los estudiantes para formular pensamientos de orden superior, flexibles y exploratorios. Se debe favorecer la discusión, la reflexión, el pensamiento crítico sobre cualquier materia, conocimiento o disciplina. El pensamiento de orden superior sería una fusión entre el pensamiento crítico y el creativo. Es evidente, que en la cotidianeidad de la enfermería están muy presentes la creatividad y las situaciones complejas. Bajo este punto de vista, es necesario trabajar en el desarrollo de esa visión crítica y creativa del pensamiento, que no sería más que ser capaces de reflexionar en lo que hacemos y en por qué lo hacemos. Uno de los contextos sociales más adecuados para generar el pensamientos de orden superior serían las prácticas clínicas basadas en el diálogo del estudiante y el tutor (Lipman, 1998).

Harvey y Knight (1996) mencionan la idea de aprendizaje transformador y afirman que, para que se produzca, hace falta que exista cierta congruencia, entre lo que se profese y lo que se practique. Se refieren a que se estimula al alumno, para que se convierta en pensador crítico y que reconozca la relatividad del saber, que es y sigue siendo socialmente construido. Es a través del diálogo reflexivo con los demás, cuando el alumno se puede convertir en críticamente reflexivo. El estudiante con ayuda del tutor, participa de manera activa mediante el diálogo reflexivo y esto, contribuye a una mayor autonomía e independencia, en vez de permanecer dependiente y pasivo. Para que el diálogo reflexivo sea eficaz para el alumno, hace falta que exista una relación entre las partes, una correspondencia afectiva. Sin diálogo, la reflexión se

limita a las intuiciones del estudiante, que no cuenta con una experiencia previa llena de significados.

El diálogo reflexivo se considera una estrategia eficaz para mejorar el proceso de pensar sobre la práctica (Forneris y Peden-McAlpine, 2009).

El aprendizaje clínico surge de la necesidad de poner en marcha un proceso de reflexión de pensar en la práctica, donde es condición indispensable, que se desarrollen habilidades de pensamiento crítico, en las que influyen cuatro puntos fundamentales: el diálogo, la reflexión, el contexto práctico y el tiempo (Forneris y Peden-McAlpine, 2009).

El conocimiento de los procesos de trabajo opera, como categoría central del conocimiento, surge de la experiencia de trabajo reflexiva y representa el conocimiento incorporado al trabajo práctico. El conocimiento de los procesos de trabajo es una forma de conocimiento que guía el trabajo práctico y, como conocimiento contextualizado, va mucho más allá del conocimiento teórico descontextualizado (Eraut, Alderton, Cole y Senker, 1998)

El saber que procede de la experiencia es el que se mantiene en una relación pensante con las situaciones vividas, es el saber de quien no acepta una forma de entender su trabajo según los criterios de significación dados, sino que va en busca de su propia comprensión (Medina et al., 2007).

La reflexión sobre los problemas concretos de la realidad de la práctica da la posibilidad a profesionales y estudiantes, de construir conocimiento mediante la articulación de saberes de diversas áreas, la interdisciplinaridad y la integración de los contenidos y de los quehaceres.

El cuidar se construye en las actividades diarias de enfermería, en su dimensión objetiva y en la subjetividad de quién cuida y de quien es cuidado.

El conocimiento cuando se conecta a la realidad, la ilumina y permite una visión más completa y profunda de ella (Mateo, 2010).

1.4 Papel de la intuición en la práctica profesional de los profesionales expertos

El corazón tiene razones que la razón no entiende

Blaise Pascal

En la cotidianidad de la profesión, las enfermeras conviven continuamente con la dificultad de expresar en palabras por qué desempeñan su profesión de una forma determinada y diferente con cada paciente. Parece que las reglas que gobiernan el que actúen de una forma determinada tienen mucho que ver con la intuición.

Gigerenzer (2008), expone en su libro "Decisiones Instintivas", cómo la inteligencia es una actividad deliberada, consciente, guiada por las leyes de la lógica; sin embargo, gran parte de nuestra vida mental es inconsciente se basa en procesos ajenos a la lógica: reacciones, intuiciones… Las partes inconscientes de nuestra mente pueden decidir, sin que el yo consciente, conozca las razones y sin saber que la decisión ha sido tomada.

Cuando se hace algo de forma intuitiva y luego nos piden justificaciones posteriores, difíciles de encontrar, esto nos indica que la opinión de un experto es de naturaleza intuitiva. La intuición y las corazonadas no están bien vistas y, sí lo están términos, como razones objetivas.

En las profesiones, los expertos de éxito son evaluados por su desempeño no por su capacidad sobre dar explicaciones.

La intuición ayuda a resolver problemas, la intuición es el timón que nos conduce por la vida. La inteligencia funciona, a menudo, sin pensamiento consciente. Sería un error presuponer que la inteligencia es necesariamente consciente y reflexiva.

La reacción instintiva, sentimiento visceral, intuición o corazonada es una evaluación que aparece rápidamente en la consciencia, de cuyas razones subyacentes no somos plenamente conscientes y que es lo bastante fuerte para que actuemos en función de la misma. Las personas suelen confiar en las intuiciones, la gente sabe qué hacer, aunque no porqué se hace. Cuanto más deprisa se realiza una tarea, menos precisa resulta y cuando se concentra la atención, mejora el rendimiento en los principiantes, pero no sucede esto en los expertos. Esto se explica, porque ciertas destrezas motoras expertas son ejecutadas por partes inconscientes del cerebro y el pensamiento consciente sobre la secuencia de las conductas, obstaculiza y perjudica el desempeño.

Las buenas intuiciones pasan por alto la información. Las reacciones instintivas surgen de reglas generales, que extraen sólo un escaso número de datos, de un entorno complejo, pero ¿cómo funciona esto exactamente? ¿Cuáles son los mecanismos que nos permiten centrarnos en unas informaciones esenciales, dejando de lado las demás?

Sólo parte de la información es valiosa para el futuro y el arte de la intuición consiste en centrarse en esa parte y hacer caso omiso del resto.

Este autor (Gigerenzer, 2008) expone que el reconocimiento es la capacidad de distinguir lo novedoso de lo experimentado antes, lo viejo de lo nuevo. La capacidad de reconocimiento está adaptada a la estructura del entorno. Las decisiones basadas en una buena razón, no sólo son eficaces, sino que también pueden ser muy precisas. Cuando pensamos en cosas difíciles de predecir y hay poca información debemos confiar en la intuición. Una regla simple, que se centre sólo en la mejor razón y pase por alto al resto tiene verdaderas posibilidades de dar con la información más útil.

En asistencia sanitaria, los procesos cognitivos de las enfermeras expertas, toman sistemáticamente decisiones espléndidas sin el recurso obvio de la enfermería basada en evidencia.

Las decisiones instintivas se deberían transformar en una ciencia, se deberían de analizar abiertamente, se deberían de relacionar con las pruebas disponibles y se deberían aprender a transmitir. En una profesión como la enfermería, en la que la intuición está tan inmersa en las acciones profesionales expertas, se debería de situar a la intuición en un lugar de privilegio, tanto en los contextos teóricos como en los prácticos.

Lo que las enfermeras saben, condiciona lo que hacen en la práctica profesional. Las enfermeras desarrollan habilidades de atención en el curso de las acciones profesionales que les hacen ser conscientes de nuevos matices de la práctica que surgen de la dinámica de la atención con el paciente, con el resto de profesionales y con el contexto (Luntley, 2011).

Los profesionales expertos actúan con fluidez y maestría a pesar de la ocurrencia de sucesos imprevistos u hostiles. Esto es posible, por el desarrollo de procedimientos rutinarios que multitud de veces son puestos en práctica. El

pensamiento intuitivo es característico de la experiencia y su producto es el conocimiento tácito que se hace evidente en la práctica. La intuición se centra en modos de saber: conocimiento, sentimientos, corazonadas, maneras de reconocer esquemas complejos, es decir, la intuición es indicativo de sabiduría práctica.

Decir de alguien que es intuitivo, puede significar que extrae la máxima cantidad de sentido de la información disponible, viendo la importancia de los detalles que otros pasan por alto.

Existe una relación entre la intuición y la experiencia. La intuición suele tener que ver con la extracción de significados a partir de una amplia base de datos procedentes de la experiencia. Los individuos creativos suelen ser aquellos que, estando inmersos en el estudio de un área determinada, son capaces de utilizar el caudal de sus experiencias de forma novedosa, flexible e integradora.

¿Está la intuición desprovista de pensamiento o se trata de un pensamiento inconsciente? La experiencia previa es un elemento esencial de la habilidad para intuir. Existe necesariamente una dimensión intuitiva en el aprendizaje y la práctica profesionales, pero también una tendencia a predisponer a los formadores hacia aquello que es científico y verificable de manera objetiva.

Un profesional inexperto, que no está en situación de apoyarse en su propia experiencia y, por lo tanto, ha de utilizar las reglas que se derivan de la práctica de otros, hasta que vaya haciendo su propio recorrido y desarrollando su intuición. Existen dos tipos diferentes de procesos de pensamiento que los docentes pueden utilizar en su práctica. El uno es intuitivo y se basa en los conocimientos tácitos, mientras que el otro, es analítico y se fundamenta

sobre conocimientos más explícitos. El novato, para quien la mayoría de las situaciones son excepcionales, tendrá que recurrir en mayor medida al pensamiento analítico y consciente, ya que el conocimiento implícito no ha sido acumulado todavía.

La intuición es un proceso inconsciente, pero el experto debe ser consciente del proceso intuitivo. La intuición guía al juicio y a la acción, pero el profesional sabe que es necesario realizar en algún momento, un análisis más objetivo. El profesional intuitivo ha de ser reflexivo además de intuitivo (Atkinson y Claxton, 2002).

Las enfermeras expertas tienen la capacidad de valorar de forma intuitiva las cuestiones importantes de una acción profesional e incorporarlas fácilmente a su pensamiento, teniendo un impacto directo en la situación práctica a lo que se ha venido a llamar comprensión situacional (Peden-McAlpine, 2000).

Los profesionales expertos no son conscientes de la velocidad a la que procesan la toma de decisiones, simplemente aparecen en la práctica como decisiones clínicas, como intuiciones expertas (Lyneham, Parkinson y Denholm, 2008a). La práctica intuitiva es una de las características de un profesional experto (Lyneham, Parkinson y Denholm, 2008b)

La reflexión autoriza a creer nuevamente en el convivir y en el diálogo con el mundo. Mediante la imaginación y la intuición, el ser humano alcanza lo invisible y desarrolla la sensibilidad. Es preciso readmitir la imaginación y reintegrar la intuición como accesos legítimos y válidos de la realidad, ya que, esos valores, constituyen las capacidades humanas para la construcción del conocimiento (Terra et al., 2010).

Se debe promover la intuición a todo nivel en la toma de decisiones, de otro modo la sabiduría se convertiría en una especie de conocimiento en peligro de extinción (Dreyfus, 1992).

Gardner[25] (1994) define la inteligencia como la capacidad de resolver problemas o elaborar productos que sean valiosos en una o más culturas. Amplía el campo de lo que es la inteligencia y reconoce lo que se sabe intuitivamente: que la brillantez académica no lo es todo.

En este punto de la investigación, me parece importante compartir con los lectores la reflexión de que todos los apartados de este marco conceptual están interrelacionados entre sí, de forma que no se puede hablar de proceso reflexivo, sin tener claro que tiene que ver con la construcción de conocimiento práctico y que, a la vez, la intuición va de la mano de los procesos reflexivos. Además, la emancipación profesional y la libertad son condiciones imprescindibles que tienen que reclamar los profesionales. De todo esto se deriva, la gran complejidad inmersa en el proceso reflexivo y se pueden comprender las tremendas dificultades que existen a la hora de transmitir el saber práctico, cargado de tanta subjetividad e incertidumbre.

Las pretensiones de los profesionales en el proceso de tutorización reflexiva no deben de ser muy ambiciosas. El simple hecho de concienciar a los estudiantes de la importancia de que se sitúen en el camino de la reflexión, sería ya un

[25] La teoría de las inteligencias múltiples es un modelo propuesto por Howard Gardner en el que la inteligencia no es vista como algo unitario, que agrupa diferentes capacidades específicas con distinto nivel de generalidad, sino como un conjunto de inteligencias múltiples, distintas e independientes. Según esta teoría, todos los seres humanos poseen las ocho inteligencias en mayor o menor medida.

gran avance hacia el aprendizaje significativo de los alumnos, además de predicar con el ejemplo con los alumnos.

En el siguiente apartado del marco teórico de la investigación, se tratará de determinar cuál debe de ser el papel de los protagonistas del practicum reflexivo, intentando primero, desmenuzar en qué consiste la práctica reflexiva, qué tipo de relación pedagógica se ha de construir para que el contexto de aprendizaje sea el deseado y para que, ese aprendizaje se convierta en significativo, tanto para los tutores como para los estudiantes.

2. EL LEGADO DEL CUIDADO COMO PRÁCTICA REFLEXIVA

Nunca llegamos a pensamientos. Llegan ellos a nosotros.

Tal es la hora propicia al diálogo.

Se alegra en la meditación común. Que no enfrenta encontrados sentires,

ni tolera acuerdos renunciatorios.

El pensar sigue alzándose duro entre el viento de las cosas.

Quizá de tal comunidad, algunos saldrán camaradas en el taller del pensar.

Para que uno de ellos, sin sospecharlo, se torne maestro

Martín Heidegger

2.1 Situación actual de la formación práctica

Según los resultados de una reciente investigación en nuestro país (Cuñado, Sánchez, Muñoz, Rodríguez y Gómez, 2011) se pone de manifiesto la enorme distancia que existe entre la teoría y la práctica en la formación de los estudiantes de enfermería. Las voces de los estudiantes exponen, que necesitan profesionales que estén más motivados, que conozcan sus objetivos docentes y que trabajen con criterios unificados.

A las enfermeras, la tutorización práctica, en muchas ocasiones, les supone una carga de trabajo adicional y por eso, en algunas ocasiones, son reacias a asumir las responsabilidades docentes (Gutiérrez y Latorre, 2002).

Los estudiantes señalan como aspectos negativos de las prácticas clínicas, los relacionados con las relaciones con los profesionales. Manifiestan que hay profesionales a los que no les gusta enseñar, que les utilizan para disminuir su carga asistencial, se quejan del trato recibido y de que los responsables de las unidades no se implican en su aprendizaje. Expresan la necesidad de que las

enfermeras participen de forma voluntaria en la docencia y que se mejoren las vías de comunicación entre la universidad y el centro de prácticas (Cuñado et al., 2011).

La enseñanza en Enfermería está tradicionalmente dirigida a las cuestiones técnicas y a los estudios de los procedimientos físicos relacionados con la enfermedad. La enseñanza puede ser diferente, llevando a que se sienta la necesidad de tratar de hacerlo de otra manera (Terra et al., 2010).

Son muchas las voces de enfermeras dedicadas a la formación práctica, que se cuestionan su propia labor docente, admitiendo que no todas las personas son capaces de enseñar. En este auto-cuestionamiento, las profesionales admiten que para tutorizar estudiantes en el contexto práctico hay que tener conocimientos y experiencia, además de mantener un esfuerzo constante de búsqueda de nuevos conocimientos. Exponen que es imprescindible tener seguridad en las acciones profesionales, seguridad que no tienen las profesionales recién graduadas. Reconocen que no han sido formadas para colaborar supervisando el aprendizaje de los estudiantes. La orientación a estudiantes en las prácticas clínicas provoca un gran cansancio mental y un gran gasto de energía. La tutorización de estudiantes es un rol que asumen como parte de su rol profesional, sintiendo el peso que dicha responsabilidad provoca. En algunas situaciones, la sobrecarga en las profesionales hace que las enfermeras prioricen y se preocupen de sus acciones cotidianas con los pacientes más que preocuparse por el estudiante que también tienen bajo su tutela (Andrews et al., 2006; Kilcullen, 2007; Kneafsey, 2007; Dos Santos, Merighi y Muñoz, 2010). Las responsabilidades de las enfermeras se centran principalmente en la atención de los pacientes. La tutorización de las prácticas clínicas es una responsabilidad añadida sobre su trabajo (Carlson, Pilhammar y

Wann-Hansson, 2010) y las instituciones sanitarias no proporcionan a las profesionales los apoyos necesarios para llevarla a cabo, no son conscientes de que una formación práctica de los estudiantes adecuada, repercutirá en un futuro, en la calidad de la atención a los pacientes, que serán cuidados por profesionales sensibilizados en la mejora de la práctica asistencial.

Las enfermeras sienten la tutorización práctica de los estudiantes como una obligación, una tarea impuesta para la que, en muchos casos, no se tienen en cuenta ni la experiencia profesional ni la formación específica que puedan tener las tutoras. Si consideramos y mantenemos la postura, de que se debe enseñar a los estudiantes a reflexionar sobre lo que hacen en la práctica, tenemos que ser conscientes, que dicha reflexión demanda tiempo y dedicación, tanto por parte del estudiante como por parte de la tutora, aspecto, que no se tiene en cuenta en la actualidad. Las enfermeras deben de compaginar su labor asistencial con su labor docente, en algunas ocasiones, incluso con más de un estudiante a su cargo, sin ningún conocimiento de cuáles son las competencias que el alumno tiene que desarrollar. Todas estas situaciones generan un ambiente estresante para tutores y estudiantes que hacen que la tutorización y el aprendizaje práctico sea vivido como un periodo que hay que dejar transcurrir de la mejor manera posible, sin conflictos, pero sin ninguna posibilidad de aprendizaje significativo para los alumnos.

Los discursos de los estudiantes muestran que se sienten desatendidos durante el periodo práctico y demandan, entre otras cosas, estar siempre con el mismo tutor (Cibanal et al., 2010; Serrano y Martínez, 2008).

Estas opiniones responden a la insuficiente organización de las prácticas clínicas, en las que el estudiante no tiene identificado como tutor a un solo profesional, sino a muchos de ellos. El alumno pasa de “mano” en “mano”, en función de la planificación laboral de los enfermeros. Esto impide, tanto a los tutores como a ellos mismos, que se facilite la relación pedagógica, que establezcan relaciones de confianza y que se valoren los avances y progresos de los estudiantes; circunstancias, todas ellas, que influyen de manera directa en el aprendizaje del alumno.

Los problemas de adaptación al lugar de prácticas y los cambios frecuentes, son desencadenantes de estrés; exigen un esfuerzo de adaptación, no sólo al estudiante sino al grupo profesional que los recibe (Pades y Homar, 2006).

Las duras condiciones de trabajo que, tan a menudo, soportan estudiantes y enfermeras generan, a veces, reacciones de agresividad, menosprecio y enfrentamientos entre ellos, antes que un cuestionamiento riguroso de las condiciones materiales y sociales en las que desarrollan su actividad (Medina, Backes, Do Prado y Sandin, 2010).

Los sentimientos de estrés, miedo e incertidumbre que surgen no son fruto del miedo a lo desconocido, sino del resultado de la interacción social con los grupos de la institución, que hacen que el estudiante se sienta desmembrado, hacen que mire desde dentro lo que ocurre, pero a la vez no se siente dentro, y así se lo hacen saber, conformando un distanciamiento en la cultura sanitaria (Gálvez, 2005).

Por otro lado y no menos importante es que las estrategias didácticas utilizadas y las actitudes mantenidas frente al estudiante, por parte de los

tutores de las prácticas clínicas y de los profesores en la universidad, siguen rumbos diferentes (Castillo et al., 2007).

El estudiante asume una posición inferior a la de su tutor, tanto por su falta de conocimientos, como por su inexperiencia en esa área, donde es el tutor quien posee el saber para poder actuar. En la mayoría de las ocasiones, el alumno limita su actuación a las estrictas indicaciones de su tutor, repitiendo irreflexivamente cada paso de las técnicas a realizar, además de los cuidados de enfermería derivados de un plan de atención, muchas veces estándar y reduccionista para las complejas condiciones de salud-enfermedad de cada paciente (Ferrer, Medina y Lloret, 2003).

Las relaciones de dominación que vive el alumno durante su periodo práctico provocan que no cuenten con los espacios de libertad de pensamiento y de decisión consciente necesarios en los procesos reflexivos. Los tutores, en estas ocasiones imponen su forma de realizar los cuidados y coartan toda posibilidad de que emerjan en los estudiantes pensamientos creativos, intuitivos y críticos tan necesarios para la profesión y para los cuidados.

La pérdida de libertad para expresar las emociones contribuye a limitar la correcta comunicación, para un buen entendimiento en las relaciones interpersonales, que tienen implicación en el rendimiento y desarrollo de las prácticas clínicas (Sanjuán y Ferrer, 2009).

La transformación de la educación, mediante la utilización de la reflexión crítica podría favorecer el cambio en la conciencia de la opresión, de la subordinación, de tutoras y alumnos. Se necesitan construir nuevos climas de

aprendizaje que estén menos distorsionados por las relaciones de dominación que se establecen en el contexto profesional y práctico (Medina et al., 2010).

Para una adecuada tutorización (Juanola, Blanco, Cónsul y Zapico, 1998) los estudiantes dan valor a la información que reciben de sus tutores y al feed-back como herramienta de aprendizaje. Además reflejan como conductas que ayudan al desarrollo de habilidades de buenas prácticas: ser modelo de buenas prácticas, con explicaciones y fundamentos, dar a los estudiantes un grado de responsabilidad, hacerles preguntas, tomarse tiempo para explicar las cosas y tener un rol modelo de conducta profesional (Jackson y Mannix, 2001).

En la actualidad, algunos de los obstáculos para una adecuada tutorización práctica de los estudiantes de enfermería son las limitaciones de tiempo y espacio de los tutores y la falta de apoyo organizacional (Harrington, 2011).

Tras un breve análisis de cómo se lleva a cabo la tutorización de los estudiantes de enfermería en el entorno de las prácticas clínicas y tras exponer las opiniones de los tutores y de los estudiantes sobre lo que es y cómo debiera ser, parece indispensable comenzar a hablar sobre la práctica reflexiva como proceso que debe guiar el aprendizaje de los estudiantes y futuros profesionales, con la intención de proporcionarles las herramientas necesarias para convertirse en prácticos-reflexivos y para que sean capaces de generar conocimiento a través de su experiencia.

En este punto, sería necesaria la reflexión, sobre la necesidad de formar a los profesionales en estrategias reflexivas que puedan colaborar en la formación práctica de los estudiantes y que éstos, se sientan acompañados por enfermeras competentes en la labor docente y que no les genere sentimientos

de frustración y de estrés su periodo práctico (McCloughen, O'Brien y Jackson, 2011).

2.2 ¿Qué es la práctica reflexiva?

Cada día se acentúa más la necesidad de que la enfermera posea la capacidad de pensar críticamente, porque la hará más competente, proactiva y segura, lo cual, redundará en la calidad de sus cuidados. No es lo que sabe la enfermera lo que la hace más competente en la práctica, sino cómo usa lo que sabe y cómo actúa en una determinada situación de la práctica (Isaacs, 2010; Gibbons et al., 2011).

La enfermera se enfrenta en su lugar de trabajo a situaciones, problemas y alteraciones de salud para las que ha recibido capacitación suficiente; pero, no es menos cierto, que cada una de estas circunstancias, presenta en la práctica su peculiaridad, su originalidad y los matices que no están en los libros y que no son previsibles.

El pensamiento crítico es un componente clave para la práctica de la enfermería. Las enfermeras deben de mantener un alto nivel de vigilancia y juicio clínico para detectar cambios tempranos en el estado del paciente y esta capacidad requiere de habilidades críticas de pensamiento (Fero et al., 2010).

Una práctica de esta índole es mucho más que el cumplimiento de una tarea, requiere una agudeza intelectual considerable, ya que se trata de acertar a la hora de escoger una acción pensada, reflexionada y que responda a las necesidades particulares de la persona (Sanjuán, 2007).

El conocimiento profesional necesario para la práctica es un conocimiento práctico y un conocimiento en la acción (Medina, 1999).

La práctica reflexiva es el medio por el que puede estimularse a los alumnos para que desarrollen la capacidad de observarse a sí mismos y de emprender un diálogo crítico con ellos mismos en relación con todo lo que piensen y hagan. Es un procedimiento reflexivo en el que el estudiante se interroga sobre sus pensamientos o acciones (Harvey y Knight, 1996).

La relación entre las experiencias de aprendizaje y la reflexión, radica que en una experiencia existen tres elementos importantes en el procedimiento reflexivo: volver a la experiencia describiéndosela a los demás, prestar atención a los sentimientos asociados a la experiencia y reevaluar la experiencia después de prestar atención a la descripción y a los sentimientos (Brockbank y McGill, 2002).

Según Medina (2005c), el aprendizaje práctico no debe ser entendido como un acumulo de datos desconectados del conocimiento, de las experiencias, de las emociones, no debe ser un recipiente vacío de significado, sino que debe partir del interés y del deseo de saber del estudiante y debe de ir en conexión con sus propias experiencias y además, debe ser elaborado por él mismo.

La práctica reflexiva puede generar un saber tácito que surge de la acción del cuidado enfermero. El proceso mediante el cual se genera y se produce conocimiento profesional y que habilita para un ejercicio competente de la enfermería es consecuencia de la reflexión sobre la propia práctica. Existen cuatro tipos de conocimientos presentes en toda acción profesional: el empírico, el personal, el estético/artístico y el ético. Cualquier patrón de conocimiento debiera ser enseñado en un contexto práctico (Carper, 1978).

La práctica reflexiva puede ayudar a explicitar el conocimiento tácito de las enfermeras o futuros profesionales (Kinsella, 2010)

El conocimiento práctico o saber, cómo es tácito e innato es muy difícil de explicitar verbalmente, ya que deriva de una comprensión global y holística de la situación práctica. La enfermera reconoce y distingue los datos relevantes de los que no lo son, en los pacientes a los que cuidan. Parece fundamental hacer una distinción entre el saber teórico o saber qué y el saber tácito y experiencial o saber cómo. Este último, es un conocimiento que se halla en un proceso constante de comprensión, transformación y comprensión, es un conocimiento complejo, artístico, saturado de valores y se incrusta en la práctica de las enfermeras de manera implícita, personal e irrepetible.

La práctica reflexiva lleva a la desmitificación de la pericia profesional. La pericia técnica está limitada por situaciones de incertidumbre, inestabilidad, carácter único y conflicto.

Mediante la práctica reflexiva se deberían aprender formas de utilizar las competencias que ya poseemos, que permanecen ocultas y que sólo habría que entrenar. La reflexión comienza en el momento en el que una rutina produce como respuesta la sorpresa, un resultado inesperado, agradable o desagradable. La sorpresa produce atención y puede iniciar o provocar un proceso reflexivo. Esto tiene mucho que ver con la incertidumbre del cuidado.

La práctica reflexiva en enfermería es una actividad que contribuye a mejorar la atención enfermera. Es útil la reflexión tanto individual como grupal. La reflexión debe permitir discutir y resolver los problemas de la práctica enfermera y facilita el aprendizaje individual y grupal. La reflexión permite

romper con la rutina diaria profesional y con el pensamiento de que “todo vale” y será un medio para que las enfermeras y los estudiantes alcancen el aprendizaje mutuo.

Los procesos reflexivos contribuyen a un acercamiento a la subjetividad del cuidado y a solucionar problemas, a generar conocimiento y aumentar la responsabilidad individual del trabajo. La actividad enfermera implica cualidades de competencia social, empatía, sensibilidad, habilidades comunicativas, honestidad, flexibilidad y capacidad de adaptación a las necesidades individuales de las personas cuidadas. Estas cualidades no se pueden aprender en los centros de formación, sino en la práctica. La reflexión favorece el desarrollo personal, aumenta la responsabilidad en el trabajo cotidiano, contribuyendo a la identificación y resolución de problemas. Esto supone libertad y autonomía de trabajo, tan reclamada en los últimos tiempos en la profesión (Fejes, 2008).

La práctica reflexiva es una práctica cuyo dominio se adquiere mediante la práctica. Su puesta en marcha no se produce sin reflexión, puesto que cuanto más nos dirigimos hacia tareas complejas, más necesario es juzgar la pertinencia de diversos métodos, así como, su combinación e incluso inventar nuevos métodos para hacer frente a la singularidad de la situación. Un practicante reflexivo plantea preguntas sobre su tarea, las estrategias más adecuadas, los medios que deben reunirse y el programa de tiempo que debe respetarse.

La práctica reflexiva puede convertirse en una costumbre o en un gasto de energía integrado en la vida cotidiana. Formar para la práctica reflexiva, significa hacer de la reflexión una rutina y que se pueda experimentar sin

agotamiento ni tensión. Adquirir el hábito de dudar, de sorprenderse, de plantearse preguntas, de leer, de transcribir determinadas reflexiones. Formar para la práctica reflexiva significa aprender a funcionar, incluso hacer malabarismos con las ideas, estructurar las hipótesis, seguir las intuiciones o arrinconar las contradicciones. Exige pensar por uno mismo.

La práctica reflexiva no se puede separar de la totalidad de la práctica profesional. Solamente un formador reflexivo puede formar practicantes reflexivos, ya que aplica la reflexión de forma espontánea, en el curso de una pregunta, una discusión, una tarea o un fragmento de saber.

La formación ya no es transmisión de contenidos, sino construcción de experiencias formadoras, mediante la creación y el fomento de situaciones de aprendizaje.

Hablaríamos de reflexión sobre el sistema de acción cada vez que el individuo se aleja de una acción singular para reflexionar sobre las estructuras de su acción y sobre el sistema de acción en el que se encuentra. Los motores de la reflexión son múltiples: problemas a resolver, crisis, decisiones, autoevaluaciones, justificaciones, deseo de comprensión, búsqueda de identidad, investigación del sentido, trabajo en equipo…Los incidentes desencadenantes: conflicto, dificultades de aprendizaje, apatía, actividad que fracasa, resistencia de los alumnos, planificación inaplicable, discusión en equipo, conversaciones, solicitación de ayuda…

A todos nos sucede alguna vez que reflexionamos, espontáneamente, sobre la propia práctica, pero si este planteamiento no es metódico y regular, no lleva a cambios ni a concienciaciones. Un practicante reflexivo revisa constantemente

sus objetivos, sus propuestas, sus evidencias y sus conocimientos. Entra en una espiral sin fin de perfeccionamiento, porque él mismo teoriza sobre su práctica.

Una reflexión sobre la práctica puede limitarse al ámbito puramente técnico y lleva a rectificar un error. La reflexión no aclara un error puramente técnico, sino una postura inadecuada, un prejuicio sin fundamento, una indiferencia o una imprudencia culpables. La reflexión debe convertir al enseñante para convertirlo en su propio supervisor y en un interlocutor condescendiente y exigente.

La práctica reflexiva sólo puede convertirse en una característica innata, es decir, incorporarse al hábito profesional, si se sitúa en el centro del programa de formación y si está relacionada con todas las competencias profesionales contempladas y se convierte en el motor de la concienciación teórica y práctica (Perrenoud, 2007a; Sellman, 2010).

La práctica reflexiva proporciona actualización, renovación, genera nuevos conocimientos, además de contribuir en la reformulación de los valores y la mejora de las interacciones en el lugar de trabajo y a la calidad de la atención (Waldow, 2009).

Es, por tanto, una exigencia reorientar la formación profesional de la enfermería a la resolución de problemas concretos y reales, desde una perspectiva de una praxis creativa donde el objetivo sea la búsqueda del cuidado integral construido durante la formación a partir de referenciales crítico-reflexivos (Silva y Sena, 2006).

La tendencia orientadora del aprendizaje en enfermería debe de ser el aprendizaje por descubrimiento, donde el contenido no se enseña, debe de ser descubierto por los estudiantes. Es necesario, entonces, el desarrollo inicial de los procesos básicos de pensamiento que aporten al estudiante un despliegue de herramientas mentales de mayor complejidad. El estudiante es el eje del proceso, el aprendizaje es personal y la fuente de conocimiento no radica en el objeto ni en el sujeto que los manipula, sino en una relación interactiva entre ambos (Fernández, 2005).

La reflexión y el análisis sobre la práctica diaria son medios fundamentales para el desarrollo profesional, especialmente si esta reflexión se realiza sobre la base de la observación de otros (Imbernón, 2004).

El profesional de enfermería precisa ser instigado a mirar de forma amplia, exacta y reflexiva la realidad que lo rodea, para poder comprender la dimensión del cuidado humano en su complejidad. La actitud crítica y reflexiva debe ser estimulada considerando la interacción del cuidado en su ambiente de relaciones, posibilitando la construcción de nuevas formas de pensar y actuar que mejoren los cuidados (Baggio y Erdmann, 2010)

Las enfermeras tienen que usar la experiencia dinámicamente. La enfermera reflexiva aprende y nace de cada experiencia y de cualquier reflejo sobre su práctica. La práctica reflexiva envuelve las cuestiones presentes sobre las que nos damos cuenta, las cuestiones dadas por sentado y nuestros modos habituales de vista y comportamiento. Algunas de las cualidades requeridas para llegar a pensar como una enfermera reflexiva serían: grandes dosis de compromiso, energía y voluntad de aprender, paciencia y tiempo, capacidad

de preguntarse, responsabilidad de buscar significado a las situaciones, capacidad de equilibrar idealismo y realismo, madurez interna, voluntad para aprender, mente abierta para ver una situación desde la perspectiva del otro, no sentirse amenazado cuando otros examinan nuestra práctica.

La práctica reflexiva ayudará a rellenar el hueco entre la teoría y la práctica ya que implica explorar una situación única y, por tanto, un nuevo conocimiento será generado (Meneses, 2008).

Pero, ¿cómo enseñar esa práctica reflexiva a los tutores?, ¿cómo favorecer la reflexión a los futuros profesionales?

Los estudiantes de enfermería deben aprender ese conocimiento práctico durante las prácticas, en las que aprenden en la acción, combinando aspectos explícitos y tácitos, que se activan durante la acción y que deben de basarse en el diálogo y autodiálogo. La enfermera profesional genera conocimiento afrontando situaciones problemáticas y los estudiantes deben aprender esas formas de indagación que aquéllas utilizan en esas situaciones complejas, cargadas de incertidumbre y que conforman la práctica diaria cotidiana de la profesión.

La práctica reflexiva será el medio en el cual se formarán los profesionales competentes. Un profesional es competente, en la medida en que utiliza los conocimientos, las habilidades, las actitudes y el buen juicio asociados a su profesión, con la finalidad de poder desarrollarla de forma eficaz, en aquellas situaciones que corresponden al campo de su práctica. Las competencias del estudiante deberían estar orientadas por las competencias profesionales. El estudiante configura su ideal de competencia profesional en función de lo que se le enseña en la academia, lo que ve y lo que hace en los centros de prácticas

y la propia experimentación-socialización a lo largo de la formación universitaria (Pegueroles, 2004).

Para ser una excelente enfermera es imperativo el desarrollo inicial de los procesos básicos de pensamiento, que aportan al estudiante un despliegue de herramientas mentales de mayor complejidad y amplitud. El aprendizaje experiencial y la práctica reflexiva deben de ser las orientaciones que se deben de seguir en la formación de los estudiantes de enfermería (Fernández, 2005)

La finalidad de la práctica reflexiva es el descubrimiento e interpretación de la realidad a través del diálogo reflexivo con su propia experiencia de aprendizaje y con un nuevo perfil de tutor que le acompaña como transformador de la realidad (Cibanal et al., 2010).

2.3 La relación pedagógica en el practicum reflexivo

La práctica cotidiana de cuidados depende de las relaciones establecidas en el ambiente laboral, cuyo espacio es potencial desencadenador de situaciones de estrés, fatiga física y mental.

Los métodos de aprendizaje siguen basándose en los principios de comportamiento, que enfatizan el proceso de adquisición de información y habilidades psicomotoras y el concepto de aprendizaje es entendido como un puro proceso cognitivo (Coetzee, 2004).

Según Schön (1992) la situación de aprendizaje de cualquier estudiante puede llegar a convertirse en una atadura para ese aprendizaje. Ese aprendizaje y su reconstrucción dependerán de que el alumno y el tutor sean capaces y

busquen una convergencia de significados a través de un diálogo de mutua reflexión en la acción.

Si un alumno se siente confuso y es incapaz de expresar su confusión, necesita que se le ayude a ver cuáles son las preguntas posibles y que se le anime a formularlas. Es así como debería de actuar el tutor. El papel de la comunicación en la relación estudiante-tutor es fundamental. Cuando estudiante y maestro se encuentran sumidos en una de las ataduras del proceso de aprendizaje, se ven bloqueados por una falta de comunicación y ni el tutor ni el alumno son capaces de iniciar una reflexión sobre este proceso.

La confusión y el misterio reinan en las primeras fases de un practicum reflexivo cualquiera. Cuando el diálogo funciona bien, adopta la forma de una reflexión en la acción recíproca. El alumno reflexiona acerca de lo que oye decir al tutor o lo que le ve hacer y reflexiona sobre el conocimiento en la acción de su propia ejecución. El tutor a su vez, se pregunta lo que este estudiante revela en cuanto a conocimientos, ignorancia o dificultades y piensa en las respuestas más apropiadas para ayudarle mejor.

La tarea de construir una relación que conduzca al aprendizaje comienza por el establecimiento, implícito o explícito de un contrato, que favorezca expectativas para el diálogo.

La creación de un prácticum reflexivo demanda formas de investigación nuevas para la mayoría de las instituciones que forman a profesionales: la investigación sobre la reflexión en la acción que caracteriza a los prácticos competentes, en las zonas indeterminadas de la práctica y la investigación sobre la labor tutorial y el aprender haciendo. Un practicum reflexivo es una experiencia de enorme intensidad interpersonal.

La situación del aprendizaje, la vulnerabilidad de los estudiantes y los mundos comportamentales creados por los tutores y estudiantes, influyen en los resultados del aprendizaje.

Los estudiantes conciben el error como fracaso y su autoestima se resiente cuando repiten sus errores. Hasta ahora, no se han hecho a la idea de que en un proceso de aprendizaje puede haber acciones imperfectas que se van modificando de un modo continuo, por medio de la reflexión en la acción. El desánimo y la desesperación aparecen a medida que aumenta su conciencia sobre la complejidad y el dilema. Los estudiantes están ambivalentes hacia sus instructores, perciben que su acción es examinada, tienden a ocultar sus sentimientos de incertidumbre, las críticas les ponen a la defensiva. Los estudiantes responden con técnicas de éxito seguro.

En sus respectivas indagaciones sobre el aprendizaje, tutor y alumno están a merced de la conciencia que el otro tiene de su experiencia, de su capacidad para describirla y de su disposición a hacerla discutible, condiciones que no se encuentran fácilmente. Los estudiantes, a menudo, son inconscientes de lo que ya saben y de lo que necesitan saber y los tutores son inconscientes del conocimiento en la acción que inspira su propia actuación.

Un centro de preparación de profesionales coherente sitúa un practicum reflexivo en su mismo centro, como un puente entre los mundos de la universidad y de la práctica. Las tareas de un practicum reflexivo están fuera de lugar en el marco del curriculum normativo de los centros de preparación de profesionales. La concepción que el contexto universitario tiene del conocimiento profesional es una concepción tradicional, conciben la

enseñanza como transferencia de información, el aprendizaje como recepción de lo dicho y de asimilación de la información. El saber qué, tiende a ser prioritario sobre el saber cómo. En el curriculum normativo, un practicum está al final, casi como una idea tradicional.

En un practicum reflexivo, el papel y el status de un tutor prima sobre el de un profesor tal y como se entiende generalmente la enseñanza. El creciente poder de la racionalidad técnica, allí donde resulta creciente, disminuye la disposición de los centros de preparación de profesionales a formar a los estudiantes para el arte de la práctica y aumenta su disposición a prepararlos como técnicos. La percepción de limitación de la autonomía profesional, hace sentir a los prácticos menos libres para ejercer sus capacidades de reflexión en la acción. Mermar la autonomía profesional disminuye la inclinación de los prácticos hacia la investigación in situ sobre la práctica y hacia la reflexión, y los defensores de la racionalidad técnica pretenden prescindir de la reflexión en la acción y reemplazarla con técnicas, con procedimientos basados en la ciencia. Con el fin de construir puentes entre la ciencia aplicada y la reflexión en la acción, el practicum debería convertirse en un lugar en el que los prácticos aprendan a reflexionar sobre sus teorías implícitas de los fenómenos de la práctica. Las disciplinas tradicionales deberían enseñarse de tal manera que se hicieran visibles los métodos que utilizan para realizar su indagación.

El practicum reflexivo debería incluir aspectos que sirvieran para que los profesionales competentes pudieran enfrentarse a las limitaciones de sus contextos laborales. La fenomenología de la práctica, la reflexión sobre la reflexión en la acción de la práctica, debería introducirse en el practicum a través del estudio de los contextos de trabajo de los profesionales. Los prácticos tendrán que aprender a reflexionar sobre sus propias teorías tácitas,

los profesores de las disciplinas a hacerlo sobre los métodos de indagación implícitos en su propia práctica de investigación, los tutores a hacerlo sobre las teorías y los procesos que tienen que ver con su propia reflexión en la acción.

Las condiciones básicas tanto para un curriculum profesional coherente como para un practicum reflexivo serían disponer de tiempo para la reflexión, que las prácticas simuladas se produzcan en un momento en que los estudiantes estén capacitados para utilizarlas con la finalidad de poner a prueba ideas y procedimientos que han aprendido en el aula y crear oportunidades que permitan conectar los conocimientos del aula con la experiencia previa. Todo esto, puede servir para que seamos capaces de combinar las ideas que los profesores tienen acerca de lo que los estudiantes necesitan aprender, con el control activo por parte de éstos sobre su propio aprendizaje (Schön, 1992).

Sería necesario encontrar una conexión entre el conocimiento general y su aplicación a casos particulares, a pacientes concretos, y este nexo de unión va más allá de las reglas existentes. El papel del tutor, debería poner énfasis en esas zonas indeterminadas de la práctica y en las conversaciones reflexivas. Pero, llegados a este punto, tendríamos que tener en cuenta, que las enfermeras profesionales generan conocimiento a través de la reflexión y que ese conocimiento nada tiene que ver con el saber teórico que se imparte en los centros de formación superior. El estudiante posiblemente, encontrará dificultades en este punto, cómo aplicar el aprendizaje de las aulas, al de las prácticas clínicas (Schön, 1992).

La práctica reflexiva es un proceso comunicativo en el que intervienen los deseos, los intereses, las motivaciones, las expectativas y las interpretaciones

de tutores y alumnos. Las prácticas clínicas deben ser un espacio de intercambio dinámico, de participación activa y de autonomía para enfermeras y estudiantes de enfermería. Supone ayudar al estudiante a no aceptar conocimiento que nada tenga ver con su propio saber y sus propias experiencias de vida e intentar que entienda la práctica según sus significados, que surgen de la propia comprensión de cómo se produce el proceso del cuidado en el que participa (Medina, 2005c).

La única manera de aumentar el nivel de aprendizaje de los estudiantes es incrementar la cantidad y la cualidad de la enseñanza. Se les debe guiar en la práctica pero no resolver todas sus dudas. Es el alumno el que debe realizar la mayor parte del esfuerzo del aprendizaje. El tutor debería de apelar a la curiosidad, la sugerencia y el orden, para desarrollar buenos hábitos de pensamiento. La monotonía y la rutina son los peores enemigos del asombro, de la curiosidad y esta rutina lidera la formación actual de los estudiantes.

Debido a la inminente reforma de las Titulaciones Universitarias en Grado, a la humanización del cuidado, al cambio en el rol del paciente y al envejecimiento de la población entre otras, parece obvio que estamos en el camino y en el momento apropiado para llevarlo a cabo.

Según Medina, Jarauta e Imbernón (2010) una formación crítico-reflexiva requiere necesariamente fomentar la curiosidad y conseguir que, tanto estudiantes como el profesorado, sean capaces de cuestionar las situaciones que los rodean, recurriendo a la creatividad, innovación y valorando la incertidumbre como aspecto potencial de la realidad.

Se trata de que tutores y estudiantes compartan objetivos de aprendizaje (Stanley y Dougherty, 2010).

En general, se trata de fomentar en los futuros profesionales habilidades metacognitivas que les permitan interrogar, analizar, conocer, evaluar y modificar su propia práctica desde un punto de vista profesional, moral y social. Desarrollar métodos de formación reflexivos, dialógicos y colaborativos. Es preciso utilizar estrategias y modalidades que incluyan actividades en las que se ejerciten estas habilidades. La clave de la buena docencia no consiste únicamente en saber transmitir la información de forma adecuada, sino con crear ambientes formativos que fomenten la autonomía de los estudiantes en su propio proceso de aprendizaje. Consiste en hacer posible que los estudiantes aprendan, que perciban al tutor como alguien ante el cual sientan la libertad y oportunidad de aprender. Las actividades de enseñanza-aprendizaje deberán estructurarse en torno al diálogo reflexivo, el debate y la deliberación.

El grado de ambigüedad e incertidumbre que acompaña la actividad enfermera hace necesario que el estudiante sea formado en el manejo de estrategias que le permitan hacer frente con éxito a situaciones derivadas del ejercicio de la Enfermería (Bardallo, March i Vila, Zabalegui, Cabrera y Gallart i Fernández-Puebla, 2003).

Se hace necesario que se redefinan unos nuevos roles de tutor y de estudiante a través de la práctica reflexiva, que permitan la generación de conocimiento profesional (Bernabeu y Cònsul, 2004).

La relación pedagógica que se establezca entre tutor y estudiante tiene que ser una relación de confianza. Estar con las personas implica presencia y ofrecer atención, sensibilidad y disponibilidad personal (Terra et al., 2010).

La calidad de la relación entre el tutor y el estudiante debe estar basada en el respeto mutuo, la autenticidad, la mutua aceptación y la empatía (Serrano y Martínez, 2008).

2.4 Papel del tutor en el practicum reflexivo

Si consultamos en el Diccionario de la Real Academia Española la palabra "tutor" se define como persona que ejerce la tutela, persona encargada de orientar a los alumnos de un curso o asignatura, defensor, protector o director en cualquier línea (Real Academia Española, 2001).

En el ámbito anglosajón, "tutor", "mentor" o "preceptor" son conceptos que hacen referencia a la figura del tutor de prácticas clínicas. Se describe a los tutores como enfermeros experimentados que facilitan y evalúan el aprendizaje del alumno en el propio entorno clínico (Cibanal et al., 2007).

Según la Agencia Laín Entralgo (2004), organismo máximo responsable de gestionar los recursos para garantizar el mejor aprendizaje práctico de los alumnos de enfermería; el tutor de prácticas es el profesional de enfermería que asume voluntariamente la responsabilidad del aprendizaje práctico de uno o más estudiantes en su ámbito de trabajo, planificando y coordinando dicho aprendizaje y siendo un referente y un soporte pedagógico para el estudiante durante su estancia en el centro.

Según Winsor (1987)[26], la calidad del proceso de aprendizaje va a depender de la calidad del proceso de aprendizaje clínico, que en gran medida, va a depender a su vez, de las cualidades del tutor de prácticas.

[26] Citado por Vizcaya Moreno, F. (2005*). Valoración del entorno de aprendizaje clínico hospitalario desde la perspectiva de los estudiantes de enfermería.* Alicante: Universidad.

Los atributos del tutor identificados en una revisión realizada por Billay y Younge (2004)[27] están centrados en el rol modelo; ser facilitador, tener buenas habilidades de comunicación, tener conocimientos de su campo y comprender los principios de la educación.

Las competencias que el Nursing and Midwifery Council del Reino Unido[28] propone para el tutor son: establecer relaciones de trabajo eficaces, facilitar el aprendizaje, responsabilizarse de la valoración del estudiante, evaluar el aprendizaje, crear entornos de aprendizaje así como contextos adecuados para la práctica y tener capacidad de liderazgo.

Severinsson (1998)[29] sugiere que el tutor ha de dedicar más tiempo a reflexionar sobre las experiencias que el alumno vive y cómo afectan a sus conocimientos y a su integración en la unidad de prácticas. Se hace necesario un cambio de rol del tutor de prácticas desde la aproximación tradicional, hasta una aproximación reflexiva que ayude a los estudiantes de enfermería a explorar distintas alternativas para el manejo de problemas de la práctica.

El tutor debe ser un practicante reflexivo, situado en el centro del ejercicio de una profesión, por lo menos, cuando la consideramos desde el punto de vista de la experiencia y de la inteligencia en el trabajo (Perrenoud, 2007a).

---

[27] Citado por Serrano Gallardo, P. y Martínez Marcos, M. (2008). *La tutorización de prácticas clínicas en pregrado de enfermería.* Metas De Enfermería, 11(3), 28.

[28] Citado por Serrano Gallardo, P. y Martínez Marcos, M. (2008). *La tutorización de prácticas clínicas en pregrado de enfermería.* Metas De Enfermería, 11(3), 28.

[29] Citado por Cibanal Juan, L., Cartagena de la Peña, E., Domínguez Santamaría, J. M., Fernández Sánchez, P., Gabaldón Bravo, E. M., Jurado Moyano, J. L., Moreno, V. (2007). *La relación de ayuda enfermera-paciente en la práctica clínica: Adaptación del proceso de enseñanza-aprendizaje clínico a nuevo marco de educación superior europeo.* Alicante: Universidad.

Para dirigirse hacia una verdadera práctica reflexiva es necesario que esta postura se convierta en algo casi permanente. Un practicante reflexivo es como un inventor, un investigador, un artesano, un aventurero que se atreve a alejarse de los senderos marcados y que se perdería sino fuera porque reflexiona sobre lo que hace y aprende rápidamente de su propia experiencia.

Un elevado porcentaje de los problemas que trata un profesional no están en los libros y no pueden resolverse sólo con la ayuda de los conocimientos teóricos y sobre los procedimientos enseñados.

La orientación hacia la práctica reflexiva podría suponer aunar objetivos ambiciosos y la toma de conciencia de la realidad. Formar a buenos principiantes es formar de entrada a gente capaz de evolucionar, de aprender de la experiencia y reflexionar sobre su práctica.

El reto estriba en proporcionar actitudes, hábitos, saber hacer y aprender lo que no se sabe, haciéndolo (Perrenoud, 2007a).

La condición de principiante implica a grandes rasgos, una disponibilidad, una búsqueda de explicaciones, una solicitud de ayuda y una apertura a la reflexión.

Para aceptar que es importante reflexionar cuando todo es difícil, el estudiante debe recorrer un largo camino si el conjunto de estrategias de formación se concibe en este sentido, con coherencia y transparencia.

Formar a un profesional reflexivo no consiste en añadir un contenido nuevo a un programa. La dimensión reflexiva está en el centro de todas las competencias profesionales, constituye parte de su funcionamiento y de su desarrollo.

Es necesario e importante reorientar las formaciones temáticas, transversales, tecnológicas, didácticas e incluso disciplinarias en dirección a una práctica reflexiva y convertir esta última en el hilo conductor de un procedimiento clínico de formación presente de principio a fin del recorrido.

Formar a un profesional reflexivo es ante todo formar a un profesional capaz de dominar su propia evolución, construyendo competencias y saberes nuevos o más precisos a partir de lo que se ha adquirido y de la experiencia.

Un practicante reflexivo nunca deja de sorprenderse. La reflexión resulta fructífera si se nutre de lecturas, formaciones, saberes teóricos, saberes profesionales… Pero existe otro problema, determinados enseñantes han construido conocimiento durante sus estudios y otros lo han hecho en la práctica, pero estas dos esferas no se comunican y a los conocimientos surgidos de la experiencia cotidiana nunca se les ha valorado ni utilizado. Es acerca de las facetas importantes de la práctica cuando aprendemos a reflexionar y no en el vacío, ni con ejemplos irrelevantes.

Para aprender en el practicum reflexivo, lo mejor sería proponer seminarios de análisis de prácticas o grupos de discusión de problemas profesionales.

En un procedimiento clínico, la práctica al pie del lecho del enfermo o donde corresponda en los oficios de lo humano, no es un simple ejercicio de aplicación de los conocimientos adquiridos, sino un trabajo de construcción de conceptos y de saberes teóricos nuevos a partir de situaciones específicas y un trabajo de integración y de movilización de los recursos adquiridos.

Se deben alternar periodos de trabajo de campo y periodos de reflexión a distancia del trabajo de campo, considerando unos y otros como momentos de formación en su totalidad. Unos serían momentos de reflexión en la acción y otros serían momentos de reflexión sobre la acción. Existen momentos más aislados en los que se puede analizar con una mirada retrospectiva lo que está pasando y prepararse para hacerlo mejor; es decir, reflexionar sobre la propia práctica.

Un enseñante reflexivo aprende a través de un procedimiento clínico a analizar lo simbólico de una alteración, tanto como sus incidencias prácticas; aprende a comprender por qué y ante qué reacciona, dónde le afecta y en qué medida. Es capaz de revisar las hipótesis más evidentes, compararlas con la situación y si todavía no queda satisfecho, crear otras, aunque sea pidiendo ayuda o documentándose.

El componente esencial de una práctica reflexiva es la capacidad de ir y venir de lo particular a lo general, de encontrar marcos de interpretación teóricos para dar cuenta de una situación singular.

La práctica pedagógica del cuidado enfermero es una intervención singular, en una situación compleja, que nunca se reproducirá de forma exactamente idéntica. Para adaptar la acción a lo que tiene de singular la situación, es importante concienciarse de lo que tiene de trivial. La práctica reflexiva se empobrece por la rapidez y la eficacia con las que resolvemos las acciones cotidianas. Aprender de la experiencia consiste en servirse de momentos excepcionales para comprender lo que somos y lo que valemos, supone distanciarse de los esquemas. No hay práctica reflexiva completa sin diálogo con su inconsciente práctico; es decir, sin concienciación.

En cualquier circunstancia, trabajar sobre la diferencia entre lo que hacemos y lo que desearíamos hacer, significa a fin de cuentas, trabajar sobre uno mismo. Se trata de desarrollarse, de afirmar la identidad, de concebir y de llevar a buen fin los proyectos, de aumentar la capacidad de afrontar la complejidad del mundo y de vencer los obstáculos de nuestros proyectos.

Asumir la complejidad del oficio es renunciar a un dominio total, a un dominio construido, a un dominio fundado en saberes sin fallo alguno. Para desarrollar una actitud reflexiva es imprescindible la conexión entre la intuición y el análisis del oficio de enseñante (Perrenoud, 2007a).

En el tutor de prácticas clínicas recae la importante función de provocar el aprendizaje en el alumno, facilitando y promoviendo las actividades que le llevarán a aprender (Medina, 2005c).

El tutor debe ser capaz de viajar con libertad por la escalera de reflexión, cambiando a medida que la situación lo requiera. El alumno, a través de la imitación reflexiva, trata de introducir en la ejecución de sus propias acciones aquellos rasgos característicos que haya visto en la demostración de su tutor. El tutor da una instrucción, observa la acción del alumno y vuelve a instruir o a demostrar para corregir el error que ha percibido. El tutor puede pedir al alumno que haga algo para luego ayudarle a reflexionar sobre el conocimiento en la acción implícito en su forma de hacer. Se trata de que tenga lugar un diálogo continuo de palabra y obra, de mutua reflexión en y sobre la acción. La tarea comunicativa no depende sólo de la habilidad de tutor y alumno, sino también de su disposición para hacerlo.

El tutor debe resistirse a la tentación de decir al alumno cómo resolver el problema o de resolvérselo. Una manera de solucionar este dilema es que el tutor desarrolle su mayor grado de conocimiento por medio de una amplia variedad de soluciones al problema, dejando al estudiante libertad de elegir y producir nuevas posibilidades para la acción.

Cuando un tutor reflexiona en voz alta sobre su propio conocimiento en la acción y anima a sus alumnos a reflexionar en voz alta sobre los suyos, es probable que ambas partes puedan llegar a ser conscientes de las brechas existentes entre sus descripciones y sus conocimientos.

El aprendizaje de cualquier estudiante se produce cuando puede expresar sus confusiones, describir aspectos de lo que ya conoce o explicar lo que hace con una demostración o una narración del tutor. Y el arte del tutor aumenta cuando construye su capacidad de negociar la escalera de reflexión. La potencialidad de la toma de conciencia y de la capacidad de descripción permanece oculta cuando se ve limitada por una mezcla sin examinar de un estar a la defensiva y una ausencia de competencia ejercitada. Cuando tutor y alumno son capaces de arriesgarse a verificar en público aquellas atribuciones que realizan en privado, a aflorar juicios negativos y a revelar sus confusiones o dilemas, es mucho más probable que puedan aumentar su capacidad de reflexión en y sobre la acción y, por tanto, puedan dar y obtener evidencias de los conocimientos sobre los que descansa la mutua reflexión (Schön, 1992).

Los mentores pueden servir de modelo para sus aprendices, permitiéndoles observar su práctica. Este proceso demostrativo es muy beneficioso pero lo es más si se complementa a través de un proceso de discusión y cuestionamiento. Se deben proporcionar oportunidades para cuestionar esos planteamientos

dentro de un entorno seguro. Deconstruir una actuación fluida, ayudar al aprendiz a dar sentido a lo que ha contemplado, es una función clave de la tutoría. Se puede ayudar a los aprendices mediante el uso de esquemas de observación y actividades preparadas por los mentores.

La manera en que el tutor ofrece sus opiniones puede afectar a las relaciones entre tutor y el tutorando. Los mentores deben poner en juego su intuición para saber cuándo tienen que ser críticos, cuando deben abstenerse de ayudar y cuándo es necesario aconsejar. Los estudiantes sacan mucho partido con el constante diálogo constructivo con sus mentores. Les interesan los comentarios honestos, concretos, críticos, que además estuvieran acompañados de la oportunidad de explorar métodos o enfoques alternativos. La crítica por si sola les parece inútil, igual que la vaguedad de los comentarios, la falta de tacto y sensibilidad de los tutores y las sugerencias que percibían como poco realistas. No hay que subestimar la importancia del terreno afectivo en el proceso de la tutoría. Los mentores tienen que plantearse si el principiante necesita apoyo emocional, en forma de fomento de su confianza, aplauso crítico, consejos prácticos… (Atkinson y Claxton, 2002).

Berliner (1994)[30] subraya que existen mentores a los que no se ha preguntado si quieren participar en el proceso de tutoría, que se irritan al tener que explicar a un espectador sus estrategias, acciones y pensamientos. La tutoría es una actividad que lleva mucho tiempo y algunos tutores perciben a los aprendices no como tales, sino como profesionales incompetentes. Esto hace que el principiante se sienta inseguro cuando el tutor está cerca y los mentores

[30] Citado por Atkinson, T. y Claxton, G. (2002). *El profesor intuitivo*. Barcelona: Octaedro.

se resisten a delegar actividades, en aquellos cuyos conocimientos no les ofrecen garantías. Otros mentores, valoran la tutoría como una oportunidad de aprendizaje, de volver a valorar la manera de ejercer su oficio.

El tutor debe alentar el pensamiento intuitivo y, a la vez, desafiarlo, permitiendo así a los estudiantes ser intuitivos en la práctica y reflexionar sobre ella. El desarrollo espontáneo del pensamiento intuitivo debe ser moderado, pero no sustituido por la reflexión que tiene lugar tras el suceso. Los estudiantes necesitan aprender a confiar en sus propias impresiones. La intuición es la base de la reflexión en la acción de los futuros profesionales. Preguntar tras una práctica, ¿por qué lo has hecho? ayudará a que se sea más consciente de la base intuitiva de sus decisiones, ya que no podrá justificarlas fácilmente mediante explicaciones racionales (Atkinson y Claxton, 2002).

Según el estudio de Valente y Viana (2007), el tutor asume un papel de mediador del aprendizaje que tiene que ser construido por el alumno, estimulando al alumno a reflexionar sobre la realidad que está viviendo. A través del estímulo del pensamiento crítico-reflexivo, el estudiante buscará soluciones a los problemas encontrados, transformándolos en su forma de ver y pensar el mundo, con la intención de cambiar su realidad. El conocer al alumno tutorizado, el animar al alumno a que formule preguntas, el ofrecer apoyo, ofrecer resúmenes de los aspectos clave, parafrasear siguiendo sus propias palabras, son algunas de las estrategias que, si las utiliza el tutor, pueden favorecer la reflexión y el pensamiento crítico del estudiante.

Compartir significados es consecuencia de la negociación de significados entre alumno y profesor. Pero esta negociación debe implicar un intercambio permanente de preguntas en lugar de respuestas. Una enseñanza centrada en

la interacción entre profesor y alumno enfatizando el intercambio de preguntas tiende a ser crítica y suscitar el aprendizaje significativo crítico (Moreira, 2005). Preguntar es estar construyendo un camino (Heidegger, 1994b).

El tutor plantea preguntas a los estudiantes que les ayuden a cuestionarse y encontrar por ellos mismos la mejor ruta de entendimiento y manejo del problema (Bueno y Fitzgerald, 2004).

Según Assmann (1998), habría que sustituir la certeza y los saberes prefijados, por la pedagogía de la pregunta y de la complejidad, manteniendo una actitud abierta a la sorpresa y lo imprevisible.

En toda relación social estamos en algún momento en manos de otra persona que nos guía. La tarea del mentor es presentar su propia competencia de tal manera que puedan aprender de ella (Sennett, 2009).

El tutor, por tanto, debe saber actualizarse, aprender a aprender y debe saber comprometerse en un acompañamiento profesional.

Según todo esto, parece claro que el tipo de relaciones que establecen entre el alumno y el tutor van a tener un papel fundamental en el proceso de aprendizaje práctico (Vila y Escayola, 2001).

Los tutores tienen un papel muy importante, garantizar la orientación de los estudiantes en el entorno clínico, facilitarles un lugar legítimo en el equipo, para que desarrollen un sentido de pertenencia que les capacite para aprender (Bradbury-Jones, Irvine y Sambrook, 2010).

El clima de aprendizaje debe suponer un verdadero apoyo y al mismo tiempo un reto para el desarrollo del pensamiento del estudiante. El tutor debe adoptar un nuevo rol de consultor, facilitador e incluso de entrenador del propio estudiante, pero en ningún caso, debe de ser quien solucione las dificultades que cualquier actividad entraña (Mateo, 2010).

Es necesario que el tutor restaure la sensibilidad por medio del diálogo con el otro. El tutor continuamente es desafiado a transformar las oportunidades de aprendizaje en experiencias significativas para los estudiantes, a partir de su propia realidad, auxiliándolos a no ser meramente ejecutores y aguzándoles la capacidad de percibir la sensibilidad, la intuición, la imaginación y la creatividad a través de la reflexión (Terra et al., 2010).

El tutor asume el papel de mediador del aprendizaje que va a ser construido por los estudiantes, con la finalidad de que sean autónomos en el proceso de aprender a aprender, que sean capaces de reflexionar sobre la realidad que están viviendo. El tutor estimula el pensamiento reflexivo-crítico y les guía a buscar alternativas de solución para los problemas de la cotidianidad, de forma que puedan ser capaces, en un futuro, de transformar la realidad. El estudiante, de esta forma, es el protagonista de su propia formación y el tutor es un agente de transformación que guía al estudiante (Sebold y Carraro, 2011).

El éxito de la experiencia de la tutoría dependerá de comportamientos del tutor, como el respeto, la flexibilidad, la confianza y la cercanía (Myrick y Yonge, 2002; Harrington, 2011).

El tutor de prácticas clínicas tiene que ser empático en la relación pedagógica que establece con el estudiante. Debe reconocer y comprender las emociones

del estudiante, comunicándole en todo momento que le comprende y reconociendo que ha sido comprendido (Brunero, Lamont y Coates, 2010).

Todas estas cualidades del tutor sembrarán la base para la creación de un contexto de aprendizaje basado en la confianza mutua de tal manera que permitan que aflore en el estudiante la predisposición para la construcción de conocimiento.

2.5 Papel del estudiante en el practicum reflexivo

Las nuevas tareas y situaciones que encuentra el alumno al empezar su formación profesional marcan el inicio del desarrollo de la identidad profesional y la competencia técnica (Rauner, 2007).

Según Winsor[31], el estudiante sufre un proceso evolutivo y de maduración durante el periodo en el que se inicia el aprendizaje práctico. Los estudiantes pasan por tres etapas bien diferenciadas. Una primera fase, que se caracteriza por que se sienten muy nerviosos y las prácticas se centran en la realización de técnicas dentro de un medio nuevo y estresante. En una segunda fase, una vez superadas las técnicas descubren que hay otros aspectos de la profesión y se sienten inseguros. Una última fase, los estudiantes se sienten más seguros y menos dependientes. En esta misma investigación, el autor afirma que los factores de mayor impacto en el aprendizaje de los estudiantes son las relaciones interpersonales, los conocimientos profesionales y las actitudes de comportamiento.

[31] Citado por Vila Gangolells, M. y Escayola Maranges, A. (2001). *Visión del estudiante de enfermería sobre sus prácticas clínicas.* Metas De Enfermería, (40), 25-31.

El estudiante tendrá que adquirir un papel de protagonista de un aprendizaje significativo, que se caracteriza por la interacción entre el nuevo conocimiento y el conocimiento previo. Así, el nuevo conocimiento adquiere significados para el alumno y el conocimiento previo queda más rico, más diferenciado, más elaborado en relación con los ya presentes. Es a través de este aprendizaje, mediante el cual, el estudiante podrá lidiar de forma constructiva con el cambio, sin dejarse dominar, manejar la información, beneficiarse y desarrollar la tecnología sin convertirse en tecnófilo (Moreira, 2005).

Un aprendizaje significativo es todo aquel aprendizaje profundo y duradero que requiere una visión personal del sujeto que aprende (Antonijevic y Chadwick, 1981).

Heidegger (1994b), afirma que la técnica no es lo mismo que la esencia de la técnica. Nunca experienciaremos nuestra relación con la esencia de la técnica mientras nos limitemos a representar únicamente lo técnico.

El perfil del estudiante en un practicum reflexivo tendría como rasgos deseables la capacidad creativa, participativa, crítica y reflexiva, cualidades, todas ellas, muy difíciles de adquirir en la práctica pedagógica de la enseñanza tradicional (Pinto y Pepe, 2007)

Es evidente que la responsabilidad del aprendizaje del estudiante no sólo es competencia de sus tutores y de los profesores de la formación teórica, también debe de recaer en el propio sujeto que intenta aprender. El estudiante debe de mantener una actitud abierta, curiosa y de dejarse llevar por el contexto de incertidumbre de la práctica y por las intuiciones que le generen sus acciones profesionales.

Debe presentar una predisposición para aprender, que más que una cuestión de motivación, lo que está en juego es la relevancia del nuevo conocimiento para el alumno (Moreira, 2005), ¿cómo llevarlo a que perciba como relevante el conocimiento que queremos que construya? ¿Cómo mantener esa actitud abierta, curiosa y de cuestionamiento continuo?

2.6 Enfoques y modelos para una formación reflexiva

Los métodos más productivos de aprendizaje han sido aquéllos en los que los estudiantes reflexionan críticamente sobre sus propias prácticas en vez de seguir prestaciones de "buenas" prácticas de aprendizaje (Main, 1985).

Se debe de poner énfasis en el aprendizaje sobre la base del pensar, para que los estudiantes sean capaces de gestionar sus propios aprendizajes (Monereo, 1990).

Para evitar el anquilosamiento de las prácticas profesionales, es imprescindible cuestionar las formas habituales de pensarlas, describirlas y llevarlas a cabo.

Las prácticas profesionales deberían contribuir a la formación de profesionales reflexivos. El practicum debería ser el hilo conductor sobre el cual se debería estructurar todo el currículum de enfermería. A través de él, se deberían asimilar los contenidos de las materias, no limitar las prácticas a la mera reproducción de la actividad profesional de las enfermeras, sino asociarlo a la reflexión en y sobre la acción. El practicum debería suponer una visión dialéctica entre el conocimiento y la acción, pues mediante las conversaciones reflexivas se alcanza la modificación de los cursos de acción. El practicum debería ser un proceso de investigación y no de aplicación. Los alumnos sólo pueden aprender algo de una situación cuando tratan de modificarla y debería

ayudar a la adquisición de esquemas de interpretación holísticos más que analíticos ya que cualquier cuidado enfermero sólo puede considerarse en el contexto donde surge y es allí, donde encuentra significado. El papel del tutor de prácticas debería ser el de compartir con el estudiante la reflexión en y sobre la acción, mediante conversaciones reflexivas acerca de la naturaleza de los cuidados y el sentido que el alumno les otorga.

Un practicum que facilite la formación del estudiante como práctico reflexivo debería poseer las siguientes características (Medina y Parra, 2006):

- Considerar al practicum como hilo conductor en torno al cual se estructura el curriculum de enfermería.
- No limitar el practicum a la mera reproducción de la actividad profesional que las enfermeras desarrollan.
- El practicum debe suponer una visión dialéctica de la relación entre el conocimiento y la acción.
- El practicum es un proceso de investigación más que de aplicación.
- El practicum debe ayudar a la adquisición de esquemas de interpretación holísticos más que analíticos.
- El papel del tutor de prácticas es sumamente relevante. El conocimiento práctico es difícil de enseñar debido a su naturaleza personal y tácita.

Dentro de la nueva perspectiva de la racionalidad práctica en enfermería, las estrategias formativas más usadas son: la supervisión clínica, el aprendizaje experiencial, el diario reflexivo y el estudio de casos (Medina, 2002).

Existen dos modelos didácticos en la formación de enfermeras reflexivas: la supervisión clínica y el aprendizaje experiencial.

Se considera que la supervisión clínica es un elemento clave en la práctica saludable de la enfermería (Ashburner, Aleyer, Cotter, Youog y Ansell, 2004).

La supervisión clínica en la formación de enfermeras ha funcionado durante mucho tiempo como un modelo con connotaciones directivas y autoritarias. Actualmente, se va transformando en un modelo caracterizado por la visión democrática y por centrarse en el estudiante y en sus procesos de reflexión. Es evidente, que puede contribuir al aprendizaje de la actividad de cuidar, si se favorecen el análisis y la reflexión como elementos clave para la retroalimentación. El aprendizaje tiene lugar mediante ciclos repetidos de planificación, observación y reflexión sobre la acción realizada, de forma conjunta entre tutor y alumno, en la que el tutor apoya y ayuda al alumno, en la que existe una interacción profunda entre ambos y que se desarrolla en ambientes naturales. Se produce una retroalimentación y una negociación de objetivos durante la práctica. Los alumnos viven la realidad del cuidado desde dentro, aproximándose a los problemas reales y a los modos en que los profesionales los resuelven. Todo ello, contribuye a desarrollar y potenciar las capacidades de análisis, síntesis, de observación, de comprensión…

La supervisión clínica es un proceso cíclico con cuatro fases:

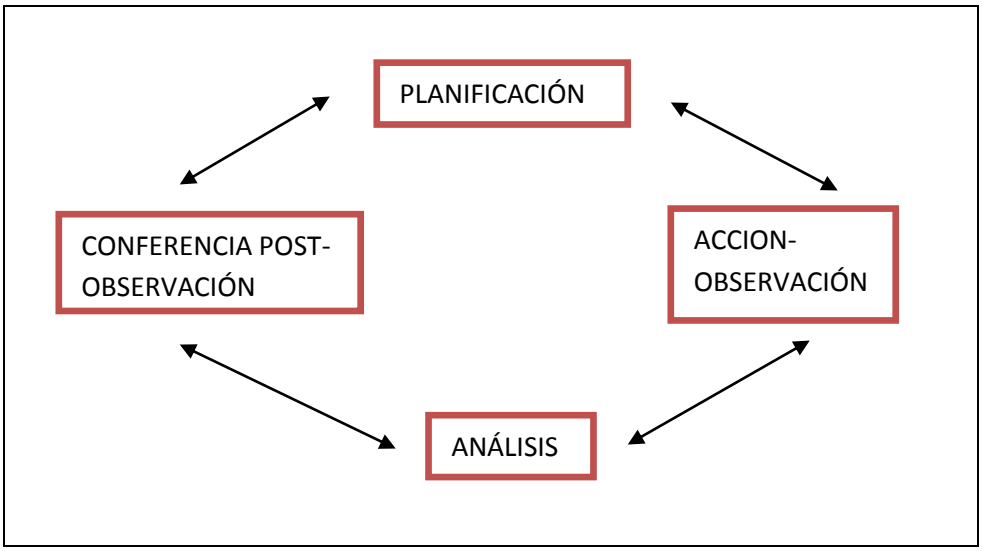

Gráfico 1: Modelo de supervisión clínica

- Conferencia de planificación en la que de manera conjunta se planifican los aspectos del cuidado (actividades que se van a desarrollar, métodos que se van a aplicar, aspectos que se van a analizar, se especifican los papeles de ambos durante la experiencia).

- Acción/observación en la que se lleva a cabo la acción previamente consensuada, el alumno lleva a cabo los procedimientos y el tutor observa la situación recogiendo la información necesaria.

- Análisis, en la que ambos de manera individual realizan un proceso individual de reflexión analizando la información que el tutor ha recogido.

- Conferencia post-observación en la que ambos comparten sus interpretaciones y reflexionan sobre qué cambios pueden introducirse en cursos de acción posteriores, cómo éstos pueden ser reorientados en el

futuro, evaluando conjuntamente las conclusiones y determinando la mejor manera de aplicarlas a las nuevas situaciones.

El segundo modelo es el aprendizaje experiencial. Se parte de una situación real, en la que a través de la experiencia y la retroacción se llega a mejorar la actividad de cuidar (Jarvis, 1992a)[32]. Tiene lugar, cuando a partir de una experiencia determinada, los alumnos observan y reflexionan sobre ella, integrando dichas reflexiones para utilizarlas como guías en acciones posteriores. Miles (1989)[33], lo concibe como una espiral que comprende cinco etapas: el alumno realiza una serie de experiencias, las comparte con otras personas que hayan participado, se lleva a cabo un examen sistemático de las mismas, qué se entendió, qué significado tuvo, qué conclusiones pueden extraerse de cara a experiencias posteriores, tomando conciencia de cómo esa información puede ser usada en futuras experiencias. Tras esto, el alumno identifica lo que se puede abstraer de la actividad para aplicarlo a situaciones futuras. Kolb (1984), propone un proceso cíclico con cuatro fases: experiencia concreta, observación reflexiva, abstracción, conceptualización y generalización de las experiencias vividas y experimentación de esas abstracciones en nuevas situaciones. En este modelo, se parte de que la experiencia es la base y el origen de todo aprendizaje y que es a través de este aprendizaje experiencial, mediante el cual, surgen los aprendizajes formales y abstractos. Las dificultades surgen para que los alumnos realicen por sí mismos procesos de análisis y abstracción a partir de sus experiencias de formación, de

[32] Medina, J. L. y Parra, S. C. (2006). *La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva.* Texto & Contexto-Enfermagem, 15(2), 303-311.

[33] Medina, J. L. y Parra, S. C. (2006). *La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva*. Texto & Contexto-Enfermagem, 15(2), 303-311.

ahí, el papel básico del tutor de prácticas para que ayude a los alumnos a reflexionar sobre sus acciones.

La experiencia genera conocimiento y ese saber práctico no se puede adquirir por imitación sino mediante la reflexión de sus propias experiencias de la práctica. El estudiante debe de tener la capacidad de integrar conocimientos que surgen en la mayoría de las ocasiones de la observación de las acciones que llevan a cabo sus tutores (Molina y Jara, 2010).

Estos dos modelos de formación reflexiva están profundamente relacionados; el alumno puede observar las dificultades para llevar a cabo con éxito las actividades del modelo de aprendizaje experiencial, pero el modelo de supervisión clínica sirve para solucionar este problema (Medina y Parra, 2006).

Los resultados de un estudio en el ámbito universitario podrían extrapolarse a la tutorización clínica reflexiva de los profesionales de enfermería (Medina, Jarauta e Imbernón, 2010). Según esta investigación, las estrategias más usadas para fomentar la práctica reflexiva en el contexto universitario serían: el diálogo reflexivo, la interrogación didáctica o cómo enseñar preguntando y la traducción dialógica.

El diálogo reflexivo facilita al tutor la toma de conciencia de su propia práctica. Esto implica una reflexión sobre la propia práctica y sirve para reforzar la posibilidad de que el alumnado participe de la práctica reflexiva, en cuanto a que, al explicitar su procedimiento el tutor revela y se muestra como profesional reflexivo. Consiste en poner a disposición del alumnado todo lo que el profesional piensa y hace y, sobre todo, por qué lo piensa y lo hace. En síntesis, cuando un tutor manifiesta abiertamente el proceso que desarrolla en sí mismo como docente para lograr que un contenido sea comprensible, está

empezando a capacitar a los estudiantes para que ellos se muestren explícitos con este proceso y reconozcan, los mecanismos y estrategias que están utilizando para aprenderlo.

Otra de las estrategias sería la interrogación didáctica o cómo enseñar preguntando. Es uno de los recursos más poderosos que pueden usarse en la enseñanza reflexiva, la interrogación. La pregunta es un medio a través del cual se puede hacer partícipe al estudiante en el proceso de construcción del conocimiento. Se pueden identificar 3 tipos de preguntas: la pregunta retórica, la pregunta de respuesta corta o monosílaba y la pregunta de fines constructivos. La pregunta retórica es la que se formula sin intención de obtener respuesta por parte de los alumnos, integran la respuesta en su discurso como si se tratara de un elemento semántico más, dirigido a explicitar el significado de lo que trataba de explicar. La pregunta de respuesta corta, sobre todo su encadenamiento puede ayudar al alumnado a construir conocimientos junto al profesor, fomentan la participación del estudiante, sirven para recuperar a aquellos estudiantes que han perdido el hilo de la sesión. Las preguntas con fines constructivos o de diálogo reflexivo requieren respuestas que partan de la construcción e interpretación de los estudiantes, suscitan la inquietud cognoscitiva y el esfuerzo intelectual del alumnado y se orientan en gran medida al análisis y expresión del propio pensamiento. El diálogo reflexivo exige al alumno examinar su propio pensamiento y las ideas y conceptos que acaba de formular. Las respuestas de los alumnos muestran cómo el estudiante está comprendiendo el aspecto del cuidado, son las hipótesis de comprensión del alumno, muestran cómo el alumno trata de asignar un significado al contenido para hacerlo comprensible. Estas ideas,

elaboradas por el alumno, son la materia prima con la que debe trabajar el tutor. El tutor ha de tener en cuenta, que lo que le muestra el alumno es su forma de entender el contenido y es un momento idóneo para que el estudiante tome consciencia de sus propios procesos de elaboración de conocimiento.

Una manera de orientar a los estudiantes, a través de la pregunta, hacia unos objetivos de aprendizaje concretos es mediante el desarrollo de conversaciones socráticas. Éstas consisten en el encadenamiento de preguntas y respuestas, gracias a lo cual se guía el pensamiento del alumnado hacia el descubrimiento de las ideas y/o los procedimientos que el docente desea mostrarle.

Por último, la traducción dialógica se da cuando tutores y alumnos no coinciden en el significado que otorgan a las palabras. Ocurre lo que se denomina la negociación de significados, que ocurre necesariamente en la interacción comunicativa entre los participantes. El tutor parte de los conocimientos previos de los alumnos y a través de traducciones sucesivas, contribuye a que los estudiantes elaboren un pensamiento más cercano a los aprendizajes reales que han de desarrollar. El tutor actúa como un traductor que interpreta el discurso de los estudiantes, que comprende el contexto del que parten y que intenta acercar el conocimiento especializado. Se trata de una conversación reflexiva, que permite a los estudiantes que puedan mostrar de manera consciente, el proceso de construcción de su propio aprendizaje. Para ello, es necesario que el tutor se pregunte que hay en su marco conceptual que se parezca a lo que está diciendo el alumno para poder buscar y ofrecer alternativas y los recursos que le ayuden a hacer las conexiones

necesarias, entre sus conocimientos previos y el nuevo contenido de aprendizaje.

De manera transversal a ambos enfoques y modelos de formación práctico-reflexiva, se hace necesario mantener un entorno de aprendizaje clínico positivo para asegurar un proceso de enseñanza-aprendizaje óptimo. Los estudiantes se sienten frecuentemente vulnerables en el entorno clínico.

Las prácticas clínicas proporcionan excelentes oportunidades para que los estudiantes aprendan el arte del cuidado mediante la utilización de enfoques y modelos reflexivos. Mediante estos modelos de tutorización, el estudiante configura su identidad como profesional y como persona (Idczak, 2007; Kleiman, 2007).

El aprendizaje no significa simplemente adquirir ciertos conocimientos, quedarse en la reproducción de un conocimiento o ejecutar un determinado procedimiento. El aprendizaje profundo implica el dominio, la transformación y la utilización de ese conocimiento para resolver problemas reales (Beas, Santa Cruz, Thomsem y Utreras, 2001).

Los estudiantes deben de desarrollar pensamientos de buena calidad que implica un pensamiento crítico, pensamiento creativo y pensamiento metacognitivo. Mediante el pensamiento crítico, el estudiante tiene que ser capaz de procesar y reelaborar la información que recibe. El pensamiento creativo será el responsable de generar ideas alternativas, de solucionar nuevas y originales ideas. El pensamiento metacognitivo, le capacitará para reflexionar sobre sí mismo, para descubrir sus propios procesos de

pensamiento como objeto de examen. El término metacognición hace referencia al conocimiento acerca del propio conocimiento (Beas et al., 2001).

Dado que un pensamiento de esas características no es espontáneo, sino el resultado de un proceso educativo; se hace necesario que exista una enseñanza explícita de habilidades de pensamiento, enseñanza que nos pueden proporcionar los enfoques y modelos reflexivos de tutorización práctica.

Lo cierto es, que pensar, hacerlo bien, en forma sensata, oportuna, juiciosa o críticamente es algo que no todos hacemos. Sería ilusorio creer que el desarrollo del pensamiento se va a obtener automáticamente; la habilidad para pensar críticamente hay que cultivarla y forjarla (Lira, 2010).

Según Nickerson, Perkins y Smith (1985)[34], se trata de fomentar las siguientes actitudes en la enseñanza del pensamiento: la curiosidad y la indagación, el respeto a las opiniones de los demás, el compromiso para explicar y meditar las cosas, ser responsable, cuidadoso y reflexivo en el trabajo intelectual.

En definitiva, se trata de enseñar a pensar a que los estudiantes sean cada vez más conscientes y responsables de sus capacidades, procesos y resultados de aprendizaje; sin embargo, el paso previo para enseñar a pensar es ser uno mismo una persona que piensa y reflexiona sobre la práctica profesional (Carr y Kemmis, 1988).

[34] Citado por Díaz, D.E. (2010). *Desarrollo de las habilidades del pensamiento en los diferentes niveles educativos. Revista Electrónica De Psicología Iztacala*, 11(1). Recuperado 4/02/2012, de http://www.journals.unam.mx/index.php/repi/article/view/18549

La tutorización de las prácticas clínicas con los enfoques y modelos reflexivos supone beneficios tanto para el tutor, para el que la oportunidad de educar a otro es enriquecedor personal y profesionalmente y para el estudiante, que aprende a través de la guía de un profesional experto que le acompaña en el proceso de convertir el proceso reflexivo en elemento clave de la práctica profesional (Metcalfe, 2010).

CAPÍTULO 3.

ASPECTOS METODOLÓGICOS Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 3. ASPECTOS METODOLÓGICOS Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1. ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación ontoepistémica

Todo proceso indagativo pertenece a un tiempo y un lugar determinado y es el resultado de una historia personal, intelectual, social y cultural.

La característica definitoria de la acción de cuidar es su significado subjetivo. El comportamiento humano está constituido por acciones que deben poseer un sentido y significado para quiénes las realizan y que son dinámicas, inestables e imprevisibles. Según Habermas (1982)[35], el conocimiento no es independiente de la realidad y se genera a partir de los intereses y las necesidades del individuo.

El cuidado de enfermería es un proceso de interacción, con aspectos invisibles, donde la cercanía a la experiencia subjetiva del paciente es necesaria y proporciona la base para una relación eficaz entre el profesional y el paciente. Por ello, se requiere de un conocimiento subjetivo, conocimiento que se requiere para la práctica clínica en gran variedad de situaciones (De la Cuesta, 2010).

La enfermería necesita un conocimiento que le permita abordar, de manera eficiente y moral, la complejidad y variedad de situaciones a las que se enfrenta; un conocimiento inductivo, cercano y situado.

[35] Citado por Medina, J.L y Sandín, M.P (1995). *Epistemología y enfermería (II): Paradigmas de la investigación enfermera.* Enfermería Clínica, 5(1), 32-44.

Se necesitan abordar investigaciones novedosas con preguntas arriesgadas que contribuyan a encontrar las formas de transmisión de ese conocimiento a los futuros profesionales, de forma que aseguremos y facilitemos el legado del cuidado en todas sus dimensiones.

Las relaciones que se establecen en las prácticas clínicas entre estudiantes y tutoras, tampoco se pueden intentar comprender sin tener en cuenta el contexto social en el que se llevan a cabo y sin analizar el tipo de relaciones que se establecen y el significado que les otorgan los estudiantes y las tutoras. La interacción tutor-estudiante es un espacio de creación de significados, en la que el aprendizaje es susceptible de producirse en ambas direcciones. Se trataría de una construcción social compleja a la que sólo se podría acceder desde la interpretación y la comprensión. Todo ello, confirma la imposibilidad de un abordaje de la investigación desde los métodos que proponen las Ciencias Naturales, desde el positivismo, que no lograría explicar la complejidad de los fenómenos sociales que van a tener lugar durante el aprendizaje práctico de los estudiantes de enfermería.

Las Ciencias Humanas buscan lo que en las Ciencias Naturales se denomina precisión y exactitud, mediante descripciones interpretativas que exijan plenitud y totalidad de los detalles y que exploren hasta un cierto grado de perfeccionamiento la naturaleza fundamental de la noción que se esté estudiando. El método preferido de las ciencias humanas implica la descripción, la interpretación y el análisis crítico-reflexivo sobre nosotros mismos. Las ciencias humanas pretenden exponer el significado de los fenómenos humanos y comprender las estructuras de significado de las experiencias vividas. El ser humano es una persona que “significa”, es decir

que da significado a las cosas del mundo y deriva significado de ellas (Van Manen, 2003)

Mi deseo es poder alcanzar la comprensión del tipo de relaciones que, tutores y alumnos, asignan al periodo de formación práctica, a la relación pedagógica que se establezca entre ellos, entendiendo que las estrategias reflexivas serán la pieza angular de mi mirada como investigadora.

Las relaciones pedagógicas que se establecen en los contextos prácticos son relaciones humanas, en las que intervienen multitud de factores que no siguen las reglas de las Ciencias Naturales. La realidad que se vive en la tutorización de los estudiantes en las prácticas clínicas no sigue reglas prefijadas, ni patrones de comportamiento previsibles, sino todo lo contrario, en un mundo inestable, imprevisible, complejo, multidimensional y cambiante, que sólo puede ser abordado desde un punto de vista humanista. Se debe de conocer la realidad humana que viven los protagonistas, accediendo a los significados que, para tutores y estudiantes, tienen sus propias acciones.

Mi atención como investigadora será la vida interior y subjetiva de los actores sociales, teniendo en cuenta el contexto en el que suceden. Los fenómenos educativos de la enfermería sólo pueden estudiarse en la vida real donde se producen; el ambiente de las prácticas clínicas y en continuo contacto con los pacientes.

La investigación pretende explorar cómo se desarrolla el aprendizaje de los estudiantes desde una tutorización reflexiva. Debido a la escasez de trabajos similares dentro de la profesión de enfermería se tratará de indagar en las formas en las que los estudiantes aprenden y cómo tutores les guían desde la reflexión, que fluye en todas y cada una de las situaciones de la práctica.

1.2 Enfoque cualitativo de corte etnográfico

La decisión para concretar y seleccionar el enfoque metodológico más apropiado se basa en dos criterios fundamentales: la naturaleza del proceso de indagación y mis supuestos epistemológicos como investigadora.

No existen métodos universales sino problemas de investigación para los que se debe buscar la aproximación metodológica más adecuada. La selección de una estrategia de investigación es una cuestión en la que intervienen valores sociales y no sólo técnicos. Debe ir en relación con los supuestos éticos, epistemológicos y teóricos desde los que parto como investigadora (Medina, 2005b).

Investigar de manera cualitativa es un acto interpretativo producto de la interacción con el mundo social.

Eisner (1998) expone que los rasgos que hacen cualitativo a un estudio serían entre otros: que no son manipulativos, estudian situaciones de forma naturista según la forma de ser de los actores, son estudios en los que aparece el yo como instrumento haciendo audible la voz del investigador, teniendo un sentido de lo significativo y en los que la interpretación significaría descubrir el significado que los hechos tienen para quienes los experimentan.

La tendencia predominante en la historia de la metodología en ciencias sociales y en educación, ha sido el positivismo, paradigma propenso a enfatizar la uniformidad, la existencia de patrones generales, la predictibilidad y el control en la naturaleza social, por encima de lo diverso, lo particular, lo único y lo específico.

Según esto, las prácticas clínicas de los estudiantes se sumergen en un mundo basado en experiencias, vivencias e incertidumbre y tienen lugar en un contexto natural, determinado y específico, la planta o servicio hospitalario. Por ello, la metodología a utilizar para llevar a cabo este estudio, será la investigación cualitativa. Se trata de describir y comprender el contexto de las prácticas de los estudiantes de enfermería tal y como son en realidad, desde las descripciones de la experiencia o vivencia humana, desde el mundo interior de los alumnos y sus tutoras, tal y como son vividas y experimentadas por ellos.

Se trata de alcanzar una descripción fiel de lo que sucede en el contexto natural de los actores sociales, teniendo en cuenta, en primera persona el discurso de los alumnos y de los tutores. Se trata de mostrar la realidad de las personas, desde su punto de vista, aportando una interpretación fidedigna. A esta descripción de la realidad, Geertz (1995) la denomina "descripción densa".

Es necesario, por tanto, definir la vivencia como el modo en el que la persona percibe y comprende sus experiencias, en las más variadas situaciones, atribuyéndole significados, que siempre van acompañados de sentimientos. La vivencia es la que más se aproxima al propio existir y sólo adquiere sentido para quién la experimenta (Forghieri, 1991). Las prácticas clínicas de los estudiantes están saturadas de vivencias, sentimientos y relaciones humanas; circunstancias todas ellas, que influirán, en gran medida, en el aprendizaje de los futuros profesionales.

Según Taylor y Bogdan (2008) la investigación cualitativa es flexible, se observa al escenario desde una perspectiva holística, como un todo y trata de

comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas. El investigador se identifica con las personas, estudia a fin de comprender cómo ven las cosas, dando validez a todas las perspectivas. No se busca la verdad, sino la comprensión detallada.

La investigación cualitativa produce hallazgos a los que no se llega por medio de procedimientos estadísticos u otros medios de cuantificación. Hablar sobre análisis cualitativo, se refiere, no a la cuantificación de los datos cualitativos, sino al proceso no matemático de interpretación, realizado con el propósito de descubrir conceptos y relaciones con los datos brutos y luego organizarlos en un esquema explicativo teórico (Strauss y Corbin, 2002).

Según Morse (2005), el laboratorio de la investigación cualitativa es la vida cotidiana.

La frase "metodología cualitativa" se refiere a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable (Taylor y Bogdan, 2008). Según estos autores, la investigación cualitativa es un modo de encarar el mundo empírico:

- La investigación cualitativa es inductiva. Los investigadores desarrollan conceptos y comprensiones partiendo de las pautas de los datos y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidos.

- En la metodología cualitativa el investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística: las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo.

- Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio. Se ha dicho de ellos, que son naturalistas, interactúan con los informantes de modo natural y no intrusivo.

- Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas, siendo esencial experimentar la realidad tal como otros la experimentan.

- El investigador cualitativo aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones. Nada se da por sobrentendido. Todo es un tema de investigación.

- Para el investigador cualitativo, todas las perspectivas son valiosas. Este investigador no busca "la verdad" o "la moralidad", sino una comprensión detallada de las perspectivas de otras personas.

- Los métodos cualitativos son humanistas. Se llega a conocer a las personas en lo personal y a experimentar lo que ellas sienten en sus luchas cotidianas en la sociedad.

- Los investigadores cualitativos dan énfasis a la validez de la investigación. Están destinados a asegurar un estrecho ajuste entre los datos y lo que la gente realmente dice y hace.

- Para el investigador cualitativo, todos los escenarios y personas son dignos de estudio.

- La investigación cualitativa es un arte. Los investigadores cualitativos son flexibles en cuanto al modo en que intentan conducir sus estudios. Se

siguen alineamientos orientadores, pero no reglas. Los métodos sirven al investigador; nunca es el investigador el esclavo de un procedimiento o técnica.

La finalidad que se persigue en esta investigación es alcanzar una mayor comprensión de las situaciones que se viven en el contexto del aprendizaje práctico de los futuros profesionales de enfermería y hasta qué punto las interacciones entre tutores y estudiantes generan un ambiente de aprendizaje significativo.

Se trata de comprender cómo se produce ese aprendizaje práctico-reflexivo y personal y de qué forma las estrategias reflexivas, puestas en marcha por sus tutores, contribuyen a que los alumnos se conviertan en profesionales reflexivos, capaces de transformar la realidad y siendo capaces de construir conocimiento.

Este tipo de enfoque proporciona una mirada diferente, adaptándose a las situaciones de ambigüedad y de complejidad tan frecuentes en la práctica cotidiana de las enfermeras.

El trato con los pacientes y con el resto de profesionales está cargado de subjetividad y es esa subjetividad la que no podemos, ni debemos intentar ocultar, porque implicaría renunciar a ese enfoque holístico tan propio y que tanto reivindicamos en la profesión enfermera.

Se han de estudiar los fenómenos que ocurren en las prácticas de manera conjunta, como un todo, sin desagregarlos, ofreciendo respuestas a preguntas que se centran en experiencias sociales, inmersas en contextos sociales, en el ambiente de las prácticas clínicas.

La investigación cualitativa contribuye a la interpretación y a la reflexión de todas estas situaciones de la práctica, que no se podrían abordar desde un paradigma cuantitativo, ya que implicaría no tener en cuenta los sentimientos, los valores y las percepciones presentes en toda relación humana y tan cargados de subjetividad.

Las prácticas del cuidado están cargadas de elevados grados de incertidumbre y se desarrollan a través de procesos deliberativos de comprensión de los participantes. Implican una interacción sujeto-sujeto y deben ser entendidas como actos humanos basados en relaciones humanísticas. La esencia de la acción profesional enfermera radica en una forma particular de relaciones entre personas: una relación subjetiva entre un ser humano y otro, donde la subjetividad de la enfermera influye y se ve influida por la subjetividad de la persona a la que cuida (Medina, 1999).

La metodología cualitativa es una herramienta que nos ayuda a dar respuesta a cuestiones sobre experiencias y sobre realidades humanas, a través del estudio de las mismas, en contacto con las personas y su ambiente. Se trata de realizar un acercamiento a los datos descriptivos, narrativos y ricos que nos ayudan a comprender fenómenos de la vida cotidiana de la práctica enfermera (Cano, González, Palmar y Luengo, 2008).

Con esta investigación, se pretende conocer la experiencia de los estudiantes y tutoras tal y como la viven, la sienten y la experimentan, para poder contribuir al cambio que se manifiesta necesario desde los diferentes ámbitos del conocimiento y de la investigación enfermera.

Por tanto, los fundamentos teóricos, epistemológicos y las características técnicas de esta metodología, la hacen no únicamente pertinente para

desarrollar esta investigación, sino que la convierten en una herramienta privilegiada para acceder a los procesos, acciones, procedimientos y relaciones que se analizarán en el contexto de las prácticas clínicas.

Este tipo de aproximación, posibilita la profundización comprensiva de las vivencias de los estudiantes en sus prácticas clínicas y nos permitirá analizar e interpretar cómo se desarrolla ese aprendizaje.

La utilización de métodos cualitativos requiere un trato directo, en los contextos particulares de relación y de diálogo, con las personas que interactúan en los entornos. Se tratará desde una concepción constructivista del aprendizaje, centrándonos en la comprensión en profundidad del fenómeno de la formación práctica y de su evolución en los estudiantes de enfermería y sus tutoras y no sólo en la mera descripción e interpretación (Sandín, 2003).

Se abordará la realidad de las prácticas clínicas, de forma abierta, convirtiendo a estudiantes y tutoras en los protagonistas, intentando captar sus vivencias y experiencias en el aprendizaje práctico, desde su propia percepción del mundo.

Esta investigación puede suponer una guía desde la abstracción teórica a la realidad de la experiencia vivida por los participantes, buscando la esencia del significado y siendo consciente, de que esta esencia es sumamente compleja y está constituida por multitud de aspectos, propiedades y cualidades, que conforman lo que ese fenómeno es en realidad. Sólo mediante la descripción del fenómeno de las prácticas clínicas, se podrá acceder a alcanzar la esencia de las mismas; desde los significados que los sujetos protagonistas les atribuyen.

La investigación cualitativa supone un intento de obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación tal y como nos la presentan las personas. No hay una realidad objetiva, sino edificada socialmente, donde el conocimiento es construido por las personas que participan en la investigación y resulta de la interacción social y de la influencia de la cultura. Se trata de entender el mundo complejo de la experiencia vivencial desde el punto de vista de quienes la experimentan. La investigación es parte de los valores del investigador y no puede ser independiente de ellos (Salgado, 2007).

Tras un proceso profundo de reflexión sobre el tema de la investigación y la búsqueda de la máxima adecuación entre la forma de investigar y la naturaleza del objeto de estudio, he optado por una aproximación cualitativa de corte etnográfico.

Esta decisión, me situaría como observadora en el contexto natural en el que se establecen las relaciones pedagógicas de los tutores y los estudiantes de enfermería.

La etnografía contribuye a tomar conciencia de la complejidad del contexto de aprendizaje práctico-reflexivo de la formación práctica.

Para que la investigación sea denominada etnográfica se requiere la estancia más o menos prolongada en el contexto donde tiene lugar el fenómeno de indagación (Taylor y Bogdan, 2008) y el intento de comprensión de los significados que los sujetos construyen para dar sentido a sus prácticas (Geertz, 1995).

Algunos autores, señalan que el curso de una etnografía no puede estar determinado, la investigación no puede ser programada, su práctica se constituye por lo inesperado. El diseño de la investigación debe de ser un proceso reflexivo en todas las etapas de desarrollo del proyecto (Hammersley y Atkinson, 2006).

Por todo lo anterior, el presente trabajo de investigación es una aproximación cualitativa, interpretativa, de corte etnográfico, en la que la naturaleza de la realidad que se pretende estudiar se basa en las acciones y relaciones humanas según el significado que le otorgan los actores sociales.

Los estudios interpretativos, al igual que la investigación cualitativa, buscan la comprensión profunda de un fenómeno, a través de su descripción e interpretación y se interesan por indagar, desde la perspectiva de los actores, los significados y las intenciones de las acciones humanas (Latorre, Rincón y Arnal, 1996).

Para los investigadores cualitativos el conocimiento que tiene lugar en la interacción entre las personas, va más allá de las verdades absolutas y objetivas, no está esperando a ser descubierto sino que se construye (Latorre, Rincón y Arnal, 2003). Esto se puede constatar, teniendo en cuenta que, entre sus principales rasgos está el carácter inductivo, que empieza con la recogida de datos, a través de la observación y el diálogo con los participantes y termina con la construcción de sus categorías y sus proposiciones teóricas a partir de las relaciones encontradas entre ellas. Dichas categorías son las que los participantes emplean en la conceptualización de sus propias experiencias y en su concepción del mundo (Goetz y LeCompte, 1988), lo que da el carácter subjetivo a este tipo de estudios.

Además, la investigación cualitativa se caracteriza por ser holística y naturalista. Lo primero, porque estudia la realidad desde un enfoque globalizador, sin segmentarla ni dividirla (Latorre et al., 1996). El contexto no fue pre-diseñado sino que se trató de aquellos contextos particulares donde tuvo lugar la experiencia humana, los cuales fueron naturales y no construidos ni modificados. Se centró en ambientes naturales, buscando respuesta a sus cuestiones en el mundo real (Sandín, 2003). El trabajo de campo se centró en estar con los tutores y los estudiantes en el espacio informal y desde allí, comprender su experiencia de aprendizaje, el tipo de relaciones que se establecían entre ambos; en definitiva, se trató de comprender el contexto natural de la tutorización clínica en el ambiente en el cual se desarrolla.

Por otra parte, teniendo en cuenta que mi finalidad no fue realizar una etnografía como tal, me parece importante explicar el por qué la intención del "corte etnográfico" de este estudio interpretativo. Como lo explicaré más adelante, las estrategias de recolección de los datos son las que, en mayor medida, guardan relación con los estudios de este tipo. Sin embargo, considero que este aspecto por sí solo, no fue suficiente para justificar el "corte etnográfico". Quiero aludir a las características de la etnografía para fundamentar, en alguna medida, el por qué fueron de gran ayuda a la hora de comprender los significados que se construyeron alrededor de la tutorización clínica de los estudiantes mediante la utilización de estrategias reflexivas.

Las etnografía como enfoque utilizado para comprender el comportamiento humano desde la cultura de los grupos, guarda íntima relación con los rasgos generales que posee toda investigación cualitativa, pero en su particularidad se caracteriza por ser holística y reflexiva y, sobre todo, por la relación establecida entre las perspectivas etic (del investigador) y emic (de los

participantes) durante la recolección y análisis de los datos. Cabe aclarar también, que estas características no son ajenas a las estrategias que se utilizan en este tipo de estudios.

El carácter holístico concierne al potencial que tiene la etnografía de describir los fenómenos de manera global y compleja en sus contextos naturales, aceptando el escenario particular y la totalidad, como elementos básicos (Latorre et al., 1996). Es lo que Erickson (1989) plantea como significados en acción locales y extra-locales, de manera que la construcción de los significados de cada grupo son particulares y no generalizables, pues son construidas por percepciones específicas compartidas y por la influencia de un contexto externo que marca los intereses o las restricciones más allá de su interacción cara a cara.

A diferencia de estudios de corte positivista donde el investigador tiene que separarse de su objeto de indagación, en la investigación interpretativa el investigador forma parte del mundo que estudia. Esto representa una influencia mutua y una dinámica entre el etnógrafo y el campo de investigación, que es llamada reflexividad (Latorre et al., 1996; Ledesma-Delgado, 2009). Por tanto, hacer uso de este carácter reflexivo en mi estudio, me permitió trascender la mera descripción de las estrategias que los tutores utilizan en la formación práctica de los estudiantes, para adentrarse de manera analítica en ellas, en el por qué, en el cómo y en encontrar el sentido que tuvieron para tutores y estudiantes, lo cual estuvo ligado, tanto a mi biografía, como al marco teórico desde donde partí para este estudio. Esta característica muestra que la investigación social no puede ser realizada de manera aislada de la sociedad al completo ni de la biografía particular del investigador, al implicar que las orientaciones de los investigadores toman forma a través de

su localización socio-histórica, que incluye valores e intereses otorgados por estas localizaciones (Hammersley y Atkinson, 2006).

Aunque muchas etnografías podrían valerse en el análisis final de uno de los dos puntos de vista, lo emic y lo etic, ambos puntos de vista son importantes para ayudar al investigador a comprender y describir con precisión situaciones, comportamientos y el por qué miembros de un grupo particular, hacen lo que hacen. Para este estudio, intenté hacer uso de ambas perspectivas. Por una parte, la recolección de los datos, acorde con los fundamentos epistemológicos mencionados anteriormente, partió de las estrategias reflexivas que los tutores utilizaban en la tutorización clínica, en el contexto práctico. Es decir, esta recolección se hizo desde el punto de vista emic.

Por otra parte, para encontrar el sentido a estas estrategias y entender cómo las iban construyendo y qué significado les daban, fue necesario partir tanto de los propios informantes como del marco teórico propio, que como ser humano e investigadora he construido. Esto permitió en cierta medida, que la relación dialéctica entre lo emic y lo etic fluyera, de tal manera, que finalmente en el análisis se desarrollaron las interpretaciones teóricas, las cuales son la intencionalidad de la investigación, en el sentido de generar conocimiento nuevo, aunque este conocimiento nuevo no fue externo, ni ajeno a la realidad que vivían tutores y estudiantes, sino que es a partir de allí, de donde surgió.

El diseño de la investigación, por tanto, no se ha descrito a priori, sino a lo largo del proceso indagatorio, a medida que se iba desarrollando. A lo largo de toda la investigación se ha ido reconstruyendo y reformulando a la luz de los datos que se iban obteniendo durante el curso de la misma, ya que supone un proceso dinámico, un intento de describir, comprender e interpretar, el

significado que le otorgan a las prácticas clínicas los tutores y los estudiantes participantes.

1.3 Estrategias de recogida de información

Tras argumentar los motivos de la elección del modelo de investigación, a continuación, se explicitan las estrategias de recogida de información que se han llevado a cabo en el trabajo de campo.

1.3.1 Observación no participante

La observación para Ketele (1984, p.21)[36], "es un proceso que requiere atención voluntaria e inteligencia, orientado por un objetivo terminal y organizador y dirigido hacia un objeto con el fin de obtener información". El mirar es una cualidad innata de todos los individuos, no así el observar con un fin determinado (Sáez Carreras, 1993).

Según Medina (2005), los procesos de enseñanza y aprendizaje de la enfermería no pueden describirse inteligiblemente si se los separa de las expectativas, motivaciones e intenciones de las personas que lo realizan. Para poder describir adecuadamente esa perspectiva de significado es necesario participar en ese periodo de formación práctica durante un periodo de tiempo prolongado, hasta que se produzca la saturación teórica de las indagaciones.

La convivencia con enfermeras asistenciales que desempeñen la labor de tutores de prácticas clínicas durante el periodo de observación, pretende intentar comprender el significado que otorgan éstas, a las prácticas docentes cotidianas.

[36] Sáez Carreras, J. (1993). *El educador social*. Murcia: Universidad.

Mi intención fue mostrar interés por todos los acontecimientos que se producían durante su desarrollo y sobre todo, por las interpretaciones que los actores otorgaron al contexto social del practicum.

Con la observación de las prácticas clínicas se pretende conocer las expectativas, los valores y las creencias de tutores y estudiantes en el periodo práctico, así como las estrategias de aprendizaje reflexivas utilizadas por las tutoras participantes en la investigación.

Mi labor como investigadora, durante esos periodos, fue acompañar a la enfermera y al estudiante en el desempeño de sus funciones sin participar en ningún momento en las acciones de la práctica con mis opiniones, ni con ninguna actuación con pacientes. Se trataba, simplemente, de observar el tipo de relación pedagógica que establecían tutora y estudiante, qué estrategias reflexivas se ponían en marcha y sobre todo, qué repercusiones tenían en el estudiante.

Las conversaciones dialógicas, entre tutores y estudiantes fueron una fuente inagotable de información relevante para la investigación.

Durante ese periodo de observación se realizaron, también, entrevistas informales tanto a los tutores como a los estudiantes, que aclararon y profundizaron en aspectos fundamentales de la práctica profesional, que iban aconteciendo de forma natural en el quehacer diario de la unidad.

Se inició el trabajo de campo con observaciones descriptivas, generales y según se avanzó en el tiempo, las observaciones se fueron focalizando en los aspectos más relevantes para dar respuesta a los interrogantes de la investigación.

El registro de la información se realizó mediante la transcripción de las notas de campo al final de cada periodo de observación. Se llevaron a cabo anotaciones diarias que suponían ya un primer nivel de análisis de datos. Se reflejaban, no sólo, una descripción de las situaciones, sino mis propias reflexiones personales sobre lo observado.

Una de las limitaciones de la investigación, podrían ser las reticencias de ser observados, que los profesionales manifiestan en el desarrollo de su actividad, aunque podría minimizarse debido a mi conocimiento previo del contexto, a las relaciones mantenidas con los protagonistas y la permanencia en el campo.

1.3.2 Conversaciones reflexivas entre tutores y estudiantes

Otra de las estrategias fundamentales que se realizaron en la investigación, consistió en la observación y planificación de conversaciones reflexivas entre tutores y estudiantes.

La intención de estos encuentros fue que supusieran una oportunidad para que tutores y alumnos reflexionaran sobre alguna situación acontecida durante las prácticas clínicas con anterioridad.

El ritmo y la dinámica de trabajo de las unidades, en la mayoría de los casos, no son circunstancias favorecedoras para que se llevaran a cabo este tipo de conversaciones reflexivas.

Se intentó favorecer a los tutores la oportunidad de poner en marcha las estrategias reflexivas que permitieran a los estudiantes, mostrar cómo estaban comprendiendo algunos aspectos esenciales de la práctica profesional.

Estos encuentros se planificaron previamente y en ellos, se reflexionó sobre aspectos o situaciones de la práctica que escogieron los tutores en colaboración con los estudiantes.

1.3.3 Entrevistas dialogadas en profundidad

Las entrevistas constituyen el único modo de descubrir las visiones de las distintas personas y de recoger información sobre determinados acontecimientos o problemas. Suponen un medio de hacer que las cosas sucedan y de estimular el flujo de datos.

Según Taylor y Bodgan (2008), las entrevistas cualitativas en profundidad, suponen reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos, dirigidos hacia la comprensión de experiencias o situaciones, tal como las expresan, con sus propias palabras.

La realización de las entrevistas supuso una estrategia de recogida de información reflexiva, ya que ofreció un tiempo y un espacio de reflexión sobre la práctica a las profesionales que la realizaron (Chivers, 2003). Las entrevistas fueron en sí mismas un mecanismo para generar conocimiento profesional ya que favorecieron e impulsaron a las profesionales a reflexionar sobre cómo realizaban la tutorización práctica, los aspectos positivos y negativos. Las entrevistas les ofrecieron la oportunidad de revisar sus pensamientos sobre sus relaciones con los estudiantes, sobre las situaciones que vivían en las prácticas, sobre sus percepciones como profesionales...

Además de la realización de las entrevistas en profundidad, como ya se ha explicado en el punto anterior, se realizarán multitud de entrevistas informales a los tutores y a los estudiantes durante la realización del trabajo de campo,

que tendrían como finalidad, completar y alcanzar la comprensión profunda de los fenómenos vividos durante esas semanas, según iban sucediendo.

Con las entrevistas, se pretendió favorecer y estimular la expresión de los sentimientos y pensamientos de forma libre, conversacional y poco formal. Fue fundamental mostrar y establecer empatía con las tutoras, evitando los juicios de valor. Se intentó ir más allá de las respuestas superficiales, manteniendo un cuidadoso equilibrio entre ahondar en la búsqueda de una contestación más completa y el exponerse a influir en las contestaciones de las tutoras.

Las entrevistas (Earle, 2010) pueden servir de doble propósito de recopilación de datos para descubrir una comprensión profunda de un fenómeno en particular, así como para la creación de un diálogo entre el investigador y el entrevistado sobre el significado de la experiencia.

Los objetivos de la realización de las entrevistas fueron conocer en profundidad, analizar y comprender los significados e interpretaciones que tienen las prácticas clínicas para los tutores. Comprender cómo creen que los estudiantes perciben su aprendizaje en ellas, cómo viven la relación con los estudiantes, cómo favorecen el aprendizaje reflexivo de los alumnos y cómo son las relaciones que se establecen entre ambos. Se profundizó en situaciones vividas en la práctica y se intentó comprender de forma detallada su interpretación sobre los hechos acontecidos en ella.

Por ello, el periodo de observación se realizó previamente, con el fin de disponer de la suficiente información para identificar y ahondar en cuestiones relevantes que merecían una indagación más profunda. Las entrevistas se

utilizaron para solicitar aclaraciones y matizaciones a los tutores respecto a las actividades de la práctica que tuvieron lugar durante el trabajo de campo.

La modalidad de entrevista fue abierta y dialogada en profundidad. No se planteó un guion de preguntas, sino un planteamiento de directrices temáticas, intentando incentivar el diálogo fluido y espontáneo con las tutoras[37].

1.3.4 Entrevistas grupales

El objetivo de la realización de los grupos de discusión fue conocer, mediante dinámica grupal, los procesos de construcción conjunta de significados de los estudiantes y de los tutores sobre las prácticas clínicas, cómo se desarrollaba el aprendizaje práctico de los estudiantes, emulando algunas de las situaciones cotidianas, vividas en el periodo de observación. Mediante estas entrevistas grupales, los protagonistas, tutores y estudiantes, describieron y reflexionaron sobre muchas de las experiencias o situaciones prácticas.

La realización de las entrevistas grupales en cualquier entorno requiere una planificación rigurosa (Shaha, Wenzel y Hill, 2011).

Se comenzaron los diálogos con una pregunta abierta sobre el objetivo de la investigación y se intentó que transcurrieran de forma natural y espontánea. Para ello, al igual que en la entrevista a los tutores, se elaboraron, previamente las directrices temáticas para alcanzar una comprensión más profunda sobre aspectos de la práctica o sobre situaciones de aprendizaje vividas durante el trabajo de campo[38]. Las directrices temáticas de las entrevistas individuales y

[37] Las directrices temáticas de las entrevistas individuales se presentan como ANEXO 6.

[38] Las directrices temáticas de las entrevistas grupales se presentan como ANEXO 7.

de las grupales surgieron como resultado de las observaciones y del análisis de las conversaciones reflexivas entre tutores y estudiantes.

CAPÍTULO 4.

EL TRABAJO DE CAMPO

CAPÍTULO 4. EL TRABAJO DE CAMPO

1. LA DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

En este punto comenzaré a explicar todas y cada una de las actividades que se desarrollaron en el trabajo de campo. Es importante destacar que no aparecen por orden cronológico porque fueron sucediendo de forma simultánea desde el inicio de la investigación.

1.1 Primera aproximación al contexto de la formación práctica de los estudiantes

A mediados del año 2009 y con motivo de la realización de mi Proyecto Fin de Master[39] realicé una primera aproximación al contexto de la formación práctica de los estudiantes de enfermería. Mi intención era conocer y comprender el tipo de relaciones que se establecían entre estudiantes y tutores y cómo aprendían los estudiantes en ese momento durante su periodo formativo práctico.

Este primer contacto con las prácticas clínicas de los estudiantes, sirvió para comprender que sucedía durante ese periodo, cuáles podían ser los problemas o las dificultades de los tutores y de los estudiantes; y así poder plantear y justificar los interrogantes posteriores de la Tesis.

Se iniciaron las negociaciones de acceso con el Hospital Universitario de la Princesa, que colaboraba con la formación pregrado de los estudiantes de enfermería. La elección del centro vino determinada por las facilidades de colaboración que me ofrecía la Dirección del mismo, debido a mi vinculación laboral previa, como enfermera asistencial durante doce años, en una de las

[39] Master Oficial de Enfermería en Educación y Gestión. Universidad Europea de Madrid

unidades del hospital, la de urgencias, unidad en la solicité realizar la investigación. El acceso se solicitó mediante una entrevista con la Dirección de Enfermería del centro, en la que se entrega un resumen del proyecto[40], detallando los objetivos y el grado de colaboración que era necesario y un permiso de colaboración firmado por mí como investigadora y mi Director de Tesis[41].

Debido a estas circunstancias, tanto la negociación como el acceso al campo resultó muy fácil y ágil. Mi conocimiento de la unidad, del personal, de los responsables fueron situaciones que me proporcionaron ventajas a la hora de desarrollar el proyecto.

Taylor y Bogdan (2008), afirman que es preferible no estar ligado a un campo, porque cuánto más próximo se está, más difícil resulta desarrollar la perspectiva crítica necesaria para desarrollar una investigación consistente, pero también es cierto que mis circunstancias particulares me facilitaron el acceso al campo y a los participantes.

Solicité, además, la colaboración de los cinco estudiantes que realizaban sus prácticas clínicas de 3º de diplomatura, poniéndome en contacto con la Escuela de Enfermería de San Juan de Dios, a la pertenecían, explicando la finalidad del proyecto y el tipo de colaboración que necesitaba. Todos ellos, se mostraron de acuerdo en colaborar en la investigación.

La selección de la tutora se realizó de forma intencional, solicitando la opinión de las enfermeras de la unidad, de los responsables y teniendo en cuenta mi

[40] El resumen de las pretensiones de la investigación para los centros se presenta como ANEXO 1

[41] El permiso de colaboración con los centros asistenciales se presenta como ANEXO 2

propio criterio, debido a mi situación de compañera en un periodo anterior. Esta tutora era considerada una buena tutora de prácticas, una profesional experta, preocupada por su desarrollo profesional y muy implicada en la formación práctica de los estudiantes.

En esta primera indagación, las estrategias de recogida de información fueron: la observación no participante, la entrevista en profundidad a la tutora y la entrevista grupal a los 5 estudiantes.

Se realizaron un total de 30 horas de observación en el campo, en las cuales, se llevaron a cabo también entrevistas informales, que tenían la finalidad de indagar en determinados aspectos que iban surgiendo en el contexto práctico.

La entrevista individual se realizó a la tutora participante y la grupal se realizó a los estudiantes; ambas, una vez finalizado el trabajo de campo y planteando, en ellas, aspectos vividos durante esos días en la unidad.

Debido a mis intenciones de ampliar la investigación hacia el desarrollo de la Tesis Doctoral y en base, al análisis preliminar de la información obtenida, se hace un nuevo replanteamiento de la investigación.

1.2 Segunda aproximación al contexto de la formación práctica de los estudiantes

Partiendo de estas primeras indagaciones en el contexto de la formación práctica de los estudiantes de Enfermería, se plantearon ya las pretensiones definitivas de la investigación.

Parecía claro que la forma y el tipo de aprendizaje de los estudiantes en sus prácticas clínicas, necesitaba un cambio de enfoque de tutorización. El aprendizaje no podía limitarse a la mera reproducción de la actividad de los

tutores, sino que debía ser algo reflexionado, que aconteciera en el seno de una relación entre tutor y estudiante, como se ha argumentado en el marco teórico de la investigación.

Se hacía, por tanto, necesario, indagar en cómo se producía el aprendizaje de los estudiantes, si sus tutores, formados previamente en estrategias reflexivas, cambiaban la forma de tutorización. Por tanto, la formación previa de los tutores fue condición imprescindible para participar en la investigación.

Teniendo en cuenta estas premisas y la necesidad de la formación en tutoría reflexiva de los tutores, se seleccionaron para continuar con la investigación, aquellos centros sanitarios que planificaron cursos de Tutoría reflexiva en la formación clínica para sus profesionales.

Mis intereses como investigadora eran comprender y analizar cómo se producía el aprendizaje de los estudiantes cuando los tutores empleaban en la tutoría, modelos de aprendizaje reflexivo.

1.2.1 Selección de participantes y centros asistenciales

Los centros que estuvieron dispuestos a colaborar organizando formación sobre tutorización reflexiva a los profesionales, fueron el Hospital Clínico San Carlos de Madrid y el Hospital Universitario Quirón de Madrid. El Hospital Clínico San Carlos, centro público, realizó dos convocatorias de cursos de tutorización reflexiva para sus profesionales, en los años 2009-2010 y 2010-2011. El Hospital Quirón, centro privado, programó un primer curso de Tutoría reflexiva en la formación clínica en el año 2011.

Hay que explicar que este tipo de experiencias formativas han sido las primeras experiencias sobre formación en Tutoría reflexiva que se realizan en centros sanitarios de la Comunidad de Madrid.

Los cursos formativos tuvieron una duración de 30 horas y fueron impartidos por el profesor José Luis Medina Moya, docente de la Universidad de Barcelona, experto en este tema y uno de mis Directores de Tesis. Además, en todos ellos, tuve la oportunidad de acompañarle participando en el desarrollo de los cursos formativos.

Por tanto, todos los profesionales tutores que participaron en la investigación pertenecen a estos dos centros sanitarios y se ofrecieron voluntarios a participar en la formación en este enfoque de tutorización práctica.

Es importante explicar que ambos centros colaboran en la formación pregrado de los estudiantes de la Universidad Europea de Madrid, entre otros.

Los estudiantes participantes pertenecen a la Universidad Europea de Madrid y a otros centros formativos con los que colaboran estos hospitales.

Los estudiantes fueron designados a ambos centros de prácticas desde las distintas universidades y su participación en la investigación vino determinada por la condición de si su tutor estaba recibiendo la formación en Tutorización Reflexiva. Aun así, por supuesto, se les solicitó permiso para participar tanto en los cursos como en la investigación posterior, siendo informados de los objetivos de la investigación por la responsable de prácticas de la universidad, del centro y por sus tutores de prácticas. Todos accedieron a participar de forma voluntaria.

1.2.2 La formación en tutoría reflexiva para los tutores

Los cursos formativos contaron con una parte teórica en la que los asistentes conocieron los enfoques de tutoría reflexiva y experimentaron mediante el docente, en qué consistía el enfoque de Tutorización Reflexiva de Supervisión Clínica y algunas de las estrategias reflexivas que podían ayudarles en la formación clínica de los estudiantes; y una parte práctica, en la que se realizaron grabaciones de conversaciones reflexivas entre tutores sus estudiantes[42]. Entre la parte teórica y la práctica, los tutores contaban con un periodo de tiempo, en el cual, se dedicaban a experimentar con los alumnos lo aprendido en los días previos en el curso. Transcurrida esa etapa práctica, se planificaron las conversaciones reflexivas, las cuales fueron grabadas en video, se analizaron, para posteriormente, realizar una devolución a los tutores y estudiantes participantes en las mismas. La formación tuvo una duración de 30 horas y se organizó a lo largo de 4 días[43].

1.2.3 Las estrategias de recogida de información

La selección de las estrategias que se llevaron a cabo en cada centro, estuvo determinada por los permisos de colaboración que el centro autorizó y por las cualidades de las tutoras participantes en los cursos formativos.

Los cursos formativos sirvieron para darnos cuenta de que, las características personales de algunas de las tutoras, influían en el desarrollo de las conversaciones reflexivas. Esto fue determinante a la hora de seguir con el desarrollo de la investigación pues, evidentemente, aunque las estrategias

[42] El programa formativo de los cursos de Tutoría Reflexiva se presenta como ANEXO 3.

[43] El cronograma de los cursos formativos se presenta como ANEXO 4.

reflexivas se aprenden y se practican, existían algunos profesionales con cualidades personales que favorecían tanto la reflexión propia, como la de los estudiantes y que resultaban más interesantes en términos de resultados para la investigación.

Por tanto, en el diseño de la investigación se planificaron como estrategias de recogida de información, además de las conversaciones reflexivas, la observación no participante, las entrevistas grupales y las entrevistas individuales en profundidad a tutores con grandes capacidades reflexivas.

A continuación, detallaremos cada una de ellas.

1.2.3.1 Conversaciones reflexivas entre tutores y estudiantes

Sin duda, lo más interesante de los cursos formativos fueron las grabaciones de las tutorías entre tutores y estudiantes, en las que se analizó la puesta en marcha por los tutores, de las estrategias reflexivas dentro del modelo de Supervisión Clínica[44]. En algunas ocasiones, se grababan ciclos enteros de Supervisión Clínica y en otras, se grabaron conferencias post observación[45]. La decisión recaía en manos de los propios tutores, en función de su disponibilidad, de las características de las unidades y de las preferencias de ambos (tutores y estudiantes).

[44] Modelo de Supervisión Clínica, un enfoque de tutoría reflexiva en el que el aprendizaje tiene lugar mediante ciclos repetidos de planificación, observación y reflexión sobre la acción realizada, de forma conjunta entre tutor y alumno, en la que el tutor apoya y ayuda al alumno, en la que existe una interacción profunda entre ambos y que se desarrolla en ambientes naturales.

[45] Conferencia post-observación en la que ambos comparten sus interpretaciones y reflexionan sobre situaciones vividas con anterioridad en las prácticas, conversando sobre qué cambios pueden introducirse en cursos de acción posteriores, cómo éstos pueden ser reorientados en el futuro, evaluando conjuntamente las conclusiones y determinando la mejor manera de aplicarlas a las nuevas situaciones.

No todos los tutores que participaron en el curso se decidieron a participar en la grabación de las tutorías. La decisión fue totalmente voluntaria y en algunos casos, obedeció a, la posibilidad de tener asignado un estudiante como tutor en ese momento o a su programación laboral...

Todos los tutores, que finalmente participaron en las grabaciones, en todas las ediciones de los cursos, tenían asignado un alumno en el momento de la realización del curso.

La programación del curso se realizaba teniendo en cuenta que, entre las fechas programadas para la teoría y las programadas para la práctica, los tutores tenían que poder disponer de un tiempo suficiente para que pudiesen experimentar con sus estudiantes, las diferentes estrategias reflexivas que se les presentaron en el curso. Se les hizo entrega de un resumen de las estrategias formativas que podían utilizar en cada una de las etapas del Modelo de Supervisión Clínica para que pudiera facilitarles su uso[46].

Las tutorías se realizaron en uno o dos días en función del nº de tutores participantes. Se realizaron en un aula o, en alguna ocasión, en las mismas unidades asistenciales, en los turnos de mañana o de tarde según la disponibilidad de tutores y estudiantes.

La duración de las tutorías no se fijaba con anterioridad. Tutor y alumno escogían una situación experimentada en la práctica con anterioridad y la comentaban entre ellos. La peculiaridad es que estaban siendo grabados en video.

[46] El resumen de las estrategias reflexivas para los tutores se presenta como ANEXO 5.

Se procedió a la transcripción literal de los diálogos para su posterior análisis y presentación de los resultados a tutores y estudiantes. Previa a la sesión de devolución, se les hacía llegar previamente a los tutores un documento con los resultados del análisis y las interpretaciones al respecto, para que tuvieran la oportunidad de reflexionar, modificar o aclarar alguno de los análisis realizados, cumpliendo así con uno de los requisitos de rigor de la investigación.

De esos contactos con los profesionales surgieron muchos de los datos de la investigación, que además fueron complementados con el resto de estrategias de recogida de información.

Tras la realización del primer curso formativo en uno de los centros asistenciales y tras detectar que una de las tutoras del curso poseía grandes cualidades reflexivas y una elevada motivación con el tema de la formación práctica de los estudiantes, se replanteó de nuevo el diseño de la investigación. Mi decisión como investigadora fue la de proponer a esa tutora una colaboración más estrecha. Se solicitó su colaboración en la investigación realizando un total de ocho conversaciones reflexivas con estudiantes de 4º curso de Grado de la Universidad Europea de Madrid.

Para ello, se propuso a la tutora que colaborara en la formación práctica de los estudiantes de la universidad mediante la impartición de una serie de talleres en la asignatura de Cuidados en Situaciones Críticas. La tutora, contaba con una gran experiencia profesional como experta en las unidades de cuidados intensivos adultos y en unidades de neonatos. Es así, como la tutora durante dos semanas estableció contacto con los estudiantes de ese curso. Posteriormente, se solicitó colaboración a un grupo de estudiantes para

colaborar en la investigación. A los estudiantes, se les comentó, que la tutora conversaría con ellos sobre algunas de las salas de simulación impartidas previamente en las semanas anteriores, de forma que se profundizara y se realizara un repaso de los aspectos más relevantes de las mismas. El tema o la selección de la tutoría la realizaba la tutora en los momentos previos a comenzar la conversación. Los estudiantes no conocían previamente sobre qué tutoría iban a conversar con la tutora. Como en situaciones anteriores, se solicitó permiso tanto a la tutora como a los estudiantes para grabar las conversaciones en video.

1.2.3.2 Observación no participante

Los periodos de observación no participante se realizaron en el Hospital de la Princesa, del que hemos hablado con anterioridad y en el Hospital Universitario Quirón debido a que los permisos para llevarlo a cabo sólo se concedieron en el caso de estos dos centros asistenciales.

Mi labor como investigadora durante esos periodos de observación fue la de acompañar a la enfermera y al estudiante en el desempeño de sus funciones sin participar en ningún momento en las acciones de la práctica.

El registro de la información de las observaciones se realizó mediante las notas de campo. Éstas, son una forma narrativa descriptiva de relatar observaciones, reflexiones y acciones de un amplio espectro de situaciones, incluyendo impresiones e interpretaciones subjetivas. En las notas de campo, se incluyeron descripciones detalladas del contexto, de los participantes, de las situaciones; pero, también datos reflexivos sobre pensamientos, ideas y reflexiones que me iban surgiendo como investigadora y que me sirvieron, posteriormente para indagar de forma más profunda con otras estrategias de información.

Las entrevistas informales que se fueron realizando durante esos periodos fueron grabadas mediante grabadora previa autorización de los participantes. Estos encuentros con los tutores y estudiantes me sirvieron para aclarar y profundizar en aspectos fundamentales de la práctica profesional.

En el Hospital Universitario Quirón de Madrid se realizaron 75 horas de observación repartidas en tres meses, durante el año 2011.

Los periodos de observación, se realizaron una vez finalizados los cursos formativos sobre Tutoría reflexiva impartidos a los tutores que se inscribieron de forma voluntaria. Se decidió acudir a dos unidades del centro en la que desempeñaban su labor profesional algunos de los profesionales formados previamente y que en ese momento tenían adjudicados alumnos a su cargo como tutores.

1.2.3.3 Entrevistas dialogadas en profundidad

El acceso a los informantes para las entrevistas en profundidad ha requerido un tiempo de inmersión en el campo y de aceptación e integración en las unidades, así como el establecimiento del rapport.

Algunos autores (Taylor y Bogdan, 2008), exponen que establecer el rapport con los informantes es la meta de todo investigador. El rapport se establece de manera lenta e implica ganarse la simpatía de los informantes y que éstos, la acepten como sincera, compartir su mundo simbólico, su lenguaje, sus perspectivas, acomodándose a sus rutinas y a sus modos de hacer las cosas.

Las entrevistas en profundidad se realizaron a dos de las tutoras participantes en el estudio tras el periodo de observación y tras la finalización de las grabaciones de las tutorías una vez finalizados los cursos formativos.

Además de la realización de las entrevistas en profundidad, se realizarán multitud de entrevistas informales a los tutores y a los estudiantes durante la realización del trabajo de campo, que tendrán la finalidad de completar y de alcanzar la comprensión profunda de los fenómenos vividos durante esas semanas, como ya se ha comentado anteriormente.

La modalidad de entrevista fue abierta y dialogada en profundidad. Se elaboró un primer guion de directrices temáticas a partir de las cuestiones que surgieron del análisis de la búsqueda bibliográfica, de la propia interpretación del investigador y de las situaciones vividas durante el periodo de observación[47]. Las entrevistas giraron en torno a las situaciones vividas durante el periodo de la observación e interrogando a los tutores el porqué de determinadas acciones.

Los lugares de realización de las entrevistas fueron elección de los tutores, así como la hora y el día exacto de realización.

Se registraron en una grabadora y en algún caso fueron grabadas con cámara de video. Se solicitó el consentimiento de la persona entrevistada y se transcribieron literalmente los comentarios. La duración de la entrevista fue como máximo de 2 horas. Las entrevistas literales fueron devueltas a las tutoras para su revisión y validación.

1.2.3.4 Entrevistas grupales/grupos de discusión

Se realizaron cinco grupos de discusión con los estudiantes de las Universidades participantes en la investigación y dos con los tutores.

El lugar elegido para la realización de las entrevistas grupales fue el mismo centro sanitario en salas de reuniones o aulas de formación solicitadas previamente a los responsables del centro. El día y la hora de la realización fue acordado por los participantes.

[47] El guion de las directrices temáticas de las entrevistas individuales se presenta como ANEXO 6.

El número de participantes por grupo no superó en ningún caso las cinco personas.

Se comenzó el diálogo con una pregunta abierta sobre el objetivo de la investigación y se procuró que transcurriera de forma natural y espontánea.

Las entrevistas grupales se grabaron con cámara de video y con grabadora de voz previa autorización de los participantes.

Las entrevistas grupales se realizaron siempre tras los periodos de observación y tras la realización de las conversaciones reflexivas grabadas entre tutores y estudiantes y su finalidad fue conocer cuáles eran las vivencias y las opiniones de los informantes sobre el modelo de Tutorización Reflexiva de la Supervisión Clínica y sobre la experiencia de la puesta en práctica de las estrategias reflexivas.

1.2.3.5 Estrategias de recogida de información realizadas en cada centro

A continuación y a modo de clarificar el diseño de la investigación se exponen unas tablas que resumen las estrategias de recogida de información que se han llevado a cabo en cada uno de los centros sanitarios en los que se ha desarrollado la investigación, presentándolos de forma cronológica.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. AÑO 2009

OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE	ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD A LA TUTORA	1 ENTREVISTA GRUPAL ESTUDIANTES
30 HORAS (7 DÍAS ENTRE LOS MESES FEBRERO Y MARZO DE 2009)	1 (ABRIL 2009)	1 (MARZO 2009)

Tabla 2: Estrategias de recogida de información Hospital Universitario de la Princesa

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CARLOS. AÑOS 2009-2011

CURSO TUTORÍA REFLEXIVA	TUTORÍAS REFLEXIVAS GRABADAS*	ENTREVISTAS GRUPALES ESTUDIANTES	ENTREVISTAS GRUPALES TUTORES
1 (AÑO 2009 FINALES)	5 (AÑO 2010 A PRINCIPIOS)	1 (AÑO 2010 A PRINCIPIOS)	1 (AÑO 2010 A PRINCIPIOS)
1 (AÑO 2010 FINALES)	5 (AÑO 2011 A PRINCIPIOS)	1 (AÑO 2011 A PRINCIPIOS)	1 (AÑO 2011 A PRINCIPIOS)

* Las tutorías fueron realizadas cada una, por una tutora y un estudiante diferente en los dos años.

Tabla 3: Estrategias de recogida de información Hospital Universitario Clínico San Carlos

HOSPITAL UNIVERSITARIO QUIRON MADRID. AÑO 2011

CURSO TUTORÍA REFLEXIVA	OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE	TUTORÍAS REFLEXIVAS GRABADAS*	ENTREVISTAS GRUPALES ESTUDIANTES
1 (AÑO 2011)	75 HORAS (15 DIAS ENTRE LOS MESES FEBRERO A ABRIL 2011)	4	1

*Las tutorías fueron realizadas cada una por una tutora y un estudiante diferente en los dos años.

Tabla 4: Estrategias de recogida de información Hospital Universitario Quirón Madrid

UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID. AÑO 2011

TUTORÍAS REFLEXIVAS GRABADAS*	ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD TUTORA
8 (JUNIO DE 2011)	1 (JULIO DE 2011)

* Las tutorías fueron realizadas por la misma tutora, pero con un alumno diferente.

Tabla 5: Estrategias de recogida de información Universidad Europea de Madrid

2. CRONOGRAMA DE LA INVESTIGACIÓN

En la siguiente tabla, se presenta un cronograma de la investigación durante los tres años que se ha desarrollado, a fin de que se observe, que muchas de las estrategias de recogida de información y muchas de las fases de la misma, han acontecido de forma simultánea.

ACTIVIDADES	2009	2010	2011
REVISIÓN DE BIBLIOGRAFÍA	X	X	X
CURSOS TUTORÍA REFLEXIVA	X	X	X
GRABACIONES TUTORÍAS	X	X	X
PERIODOS DE OBSERVACIÓN	X		X
ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD	X		X
ENTREVISTAS GRUPALES	X	X	X
APROXIMACIÓN AL ANALISIS	X	X	X
ANALISIS DATOS INTENSIVO		X	X
SOLICITUD DE PERMISOS	X	X	X
ELABORACIÓN DE INFORMES PROGRESIVOS	X	X	X
ELABORACIÓN INFORME FINAL			X

Tabla 6: Cronograma de la investigación

3. RIGOR METODOLÓGICO Y CREDIBILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Para asegurar la credibilidad de los resultados se han utilizado procedimientos y estrategias tanto durante el proceso de recogida de información como en el análisis de la misma.

Los criterios de rigor científico confirman el carácter relacional de los procesos de investigación cualitativa. No sólo se toman decisiones de carácter técnico, sino de relaciones entre personas. Existe una relación muy estrecha entre sujeto investigador y sujeto investigado sin ningún elemento mediador entre ambos. Se ha intentado conseguir el máximo nivel de objetividad ontológica, mostrando la realidad tal cual es y una objetividad de procedimiento, eliminando los juicios personales en la valoración y descripción de los hechos (Sandín, 2003).

El rigor de los estudios etnográficos, viene dado por las reconstrucciones teóricas y por la búsqueda de coherencia entre las interpretaciones y la realidad estudiada.

La labor de investigación debe ser evaluada pero siempre teniendo en cuenta el enfoque paradigmático desde el que haya sido concebida. En el paradigma cualitativo la propuesta más conocida es la de Guba (1989)[48]. Según este autor, existen cuatro criterios que deben ser cumplidos para que los resultados de una investigación puedan ser considerados como científicos: valor de verdad (credibilidad), aplicabilidad o validez externa (transferibilidad), consistencia o fiabilidad (dependencia) y la neutralidad (confirmabilidad).

[48] Citado por Medina, J. L. (2005). *Deseo de cuidar y voluntad de poder: La enseñanza de la enfermería.* Barcelona: Universidad.

Una investigación cualitativa podría considerarse válida sólo en función del grado de exactitud en la descripción de la perspectiva de los sujetos estudiados, la honestidad en el logro de la finalidad para la que se llevó a cabo, la adecuación de las herramientas y procedimientos utilizados durante todas las fases del estudio y la capacidad de corroborar con evidencias las conclusiones, que deben ser creíbles para los beneficiarios de la investigación (Amezcua y Gálvez Toro, 2002).

3.1 La credibilidad o valor de verdad

La credibilidad o valor de verdad supone la contrastación de los datos obtenidos con las diferentes fuentes de donde provienen. Las estrategias que se han seguido para asegurar la credibilidad son: una estancia prolongada en el campo, con una observación persistente, el juicio de expertos, la triangulación, la corroboración estructural y la adecuación referencial. El valor de verdad se refiere a cómo establecer confianza en la verdad de los descubrimientos, a lo cual, se responde con la contrastación de las creencias e interpretaciones del investigador con las creencias e interpretaciones de otras fuentes.

El diario de campo ha sido el instrumento de elección para registrar la información.

La triangulación se convierte en el método más poderoso de contrastación. Taylor y Bodgan (2008), definen la triangulación como la combinación en un estudio único, de distintos métodos o fuentes de datos. Puede ser concebida como un modo de protegerse de las tendencias del investigador y de confrontar y someter a control recíproco, relatos de diferentes informantes. La triangulación favorece a los observadores obtener una comprensión más profunda y clara del escenario y de las personas estudiadas.

Triangular supone utilizar diferentes estrategias para estudiar el mismo problema: diferentes técnicas para obtener los mismos datos, diferentes sujetos para responder la misma pregunta, diferentes investigadores para un mismo análisis o diferentes teorías para explicar un mismo fenómeno (Amezcua y Gálvez, 2002).

Se descartaron contradicciones internas a través del análisis dato a dato y de la interpretación de conjunto.

Existen tres tipos de triangulación: la de sujetos, la de investigadores y la de métodos. Esto permite la captación holística de los fenómenos, comprobando información, detectando coincidencias, contradicciones y estableciendo su veracidad.

La triangulación de sujetos es un proceso de validación de las notas observacionales por los propios protagonistas, leer la transcripción completa de las entrevistas realizadas y modificar su contenido si la validación lo requiere. Se realizó una devolución de las observaciones e interpretaciones en el caso de las entrevistas grupales y de las tutorías grabadas tanto a los estudiantes como a los tutores, aprovechando la programación de los cursos de Tutoría Reflexiva, en los que estaba incluido desde la planificación de la formación, la devolución a los profesionales participantes y a los estudiantes tutorizados. En esas sesiones se realizaron y se aclararon los matices que fueron considerados oportunos por los participantes.

La triangulación de expertos se realizó teniendo en cuenta las sugerencias de colegas que actúan a modo de juicio de expertos. En esta investigación, se realizó con los dos Directores de Tesis que participaron en la lectura de las

transcripciones de las observaciones, de las entrevistas y de las grabaciones de las tutorías.

La triangulación de métodos ya se ha tenido en cuenta en el diseño de la investigación planificando diferentes estrategias de recogida de información a la luz de los datos que se fueron obteniendo con cada una de las estrategias. Ningún método por sí solo es capaz de recoger todos los matices y características de los sujetos de estudio y su contexto. La utilización de diferentes estrategias de recogida de datos facilita la comprensión de los fenómenos desde una perspectiva holística, permitiendo comprobar la información.

3.2 Transferibilidad

En investigación cualitativa, la transferibilidad de los datos se alcanza con la descripción lenta y minuciosa de los fenómenos observados. La transferibilidad es la posibilidad de realizar alguna transferencia de las hipótesis de trabajo mantenidas entre dos contextos con similitudes esenciales, mediante la descripción profunda o densa que ha permitido la identificación contextual. Se trata de ofrecer la información lo más minuciosa posible de la realidad estudiada para que sea posible extrapolar o transferir los resultados a otros contextos (Medina, 2005b).

La aplicabilidad o transferibilidad de los resultados a otros contextos se vincula no a la generalización –como es entendida en el marco positivista– sino a la formulación de hipótesis de trabajo que puedan transferirse a otros contextos similares. Para ello, el recurso más importante es la descripción detallada de los contextos en que se generaron los resultados (Erazo, 2011).

La selección de los participantes, tutores y estudiantes a medida que avanzaba la investigación tuvo mucho que ver con las posibilidades de obtener información más relevante. De esta forma, se focalizó en dos tutoras que bajo mi juicio tenían unas grandes capacidades reflexivas, un gran entusiasmo por la labor docente en el ámbito de la práctica profesional y, a la vez, estaban muy motivadas a participar en la investigación.

3.3 Dependencia

La dependencia o consistencia se refiere al grado en él se repiten los datos si se replica la investigación, es decir, la utilización de métodos solapados de recogida de datos para conseguir mayor estabilidad de los mismos. La estabilidad de la información es difícil de mantener dado el dinamismo de los fenómenos que se abordan en la investigación. La consistencia en la investigación cualitativa, por su parte, señala más una característica de dependencia que de estabilidad. Como tal, abarca los elementos de estabilidad de los datos y la rastreabilidad de éstos, proceso en el cual, nuevamente, el componente descriptivo de las condiciones en que éstos se generan, la complementación de las fuentes y la verificación con los participantes es un factor clave para su adecuada interpretación.

Se ha intentado que exista una congruencia entre los datos descriptivos recogidos y las interpretaciones que se han realizado. Como ya he comentado anteriormente, la transcripción se realizó tras la recogida de los mismos para tratar de evitar las pérdidas de datos con el paso del tiempo. De la misma manera, se han conservado y almacenado todas las transcripciones llevadas a cabo en la investigación.

3.4 Confirmabilidad

La confirmabilidad supone confirmar la información, la interpretación de los significados y la generación de conclusiones. Asegurar que los resultados no están sesgados por la subjetividad del investigador. Hay que explicar el posicionamiento respecto a la investigación y el papel que, como investigadora, desempeño realizando una reflexión crítica sobre la manera de conducir la investigación, registrando de forma precisa la información obtenida con las diferentes estrategias de recogida de información, mediante la devolución a los participantes, contrastando los resultados con los expertos y con los participantes.

La neutralidad entendida como el intento de que los resultados no estén influidos por las motivaciones, intereses e inclinaciones del investigador, se aborda mediante la confirmabilidad de los datos producidos, recurriendo a la triangulación, la reflexión epistemológica y la verificación.

4. REFLEXIVIDAD

La reflexividad puede ser definida como una conversación interna con uno mismo en torno a la experiencia del proceso de investigación al mismo tiempo que éste se va desarrollando (Coffey y Atkinson, 2005). Implica una continua conversación con uno mismo sobre nuestra relación con la investigación. La reflexividad ha de ser una actitud constante en cada una de las fases de desarrollo de nuestro proceso (González, 2009). Es un instrumento para la validez y se propone como criterio básico para la evaluación de la calidad de los estudios cualitativos.

El proceso reflexivo impregna toda la investigación y está presente en todas las fases de la misma (De la Cuesta, 2011).

Se asume como intrínseco a las propias características de la investigación cualitativa el hecho de que el propio investigador influya, de alguna manera, en la realidad estudiada. La investigación y el investigador no son dos entes separadas y ambos se influyen mutuamente (González, 2009).

Mi experiencia profesional primero como enfermera en la asistencia me facilitó que durante doce años tuviera a mi cargo a muchos estudiantes de enfermería. Muchas de las opiniones facilitadas por tutores y estudiantes en el estudio fueron hace ya algunos años experimentadas por mí como profesional y previamente como alumna.

Cuando comencé a dedicarme a la docencia, mi posición de coordinadora de prácticas me colocó en una posición nueva, la de nexo de unión entre la universidad y la institución sanitaria, posición nada fácil, en momentos en los que la distancia entre ambos contextos, se hace notar en las prácticas de los

estudiantes. Durante estos ya casi cinco años, acudiendo una vez por semana a visitar a los estudiantes y a sus tutoras, me han sido confesadas un sinfín de preocupaciones, emociones, sentimientos, dificultades, juicios morales...que me han sensibilizado y que me han ayudado a comprender muchos de los discursos de los protagonistas desde todas las posiciones.

Mis reflexiones, por tanto están presentes desde el inicio de la investigación, desde la introducción, la concreción del problema, las pretensiones de la investigación, al análisis, las conclusiones y las reflexiones finales.

Algunos pueden pensar, que este proceso personal de reflexión puede suponer un artefacto, alejándome de la experiencia de los estudiantes y tutores.

Como investigadora he intentado plantearme preguntas, profundizar en el análisis y acercarme a los protagonistas desde una posición neutral que les permitiera transmitir sus discursos y a mí comprenderlos para interpretarlos desde su posición.

¿Cómo podría sino indagar en un tema como la práctica reflexiva sin que la reflexividad formase parte de la investigación? ¿Cómo se puede justificar la necesidad de que los profesionales se conviertan en prácticos reflexivos si yo como investigadora no lo he sido? ¿Cómo realizar un análisis de los datos en un abordaje cualitativo sin que la reflexión esté presente de forma continua en la investigación?

5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación se van a ir analizando las cuestiones que han supuesto y pueden suponer alguna limitación en el desarrollo y en los resultados de la investigación.

La mayoría de los estudiantes participantes en la investigación, pertenecían a la universidad en la que desempeño mi labor docente, porque los dos centros asistenciales en los que se realizaron los cursos formativos de tutores, son centros que colaboran habitualmente con la formación práctica de los estudiantes de enfermería. Esta situación ha de tenerse en cuenta, ya que mi condición como docente de la universidad ha supuesto que me vieran como profesora y no exclusivamente como investigadora, lo cual provocó mayores dificultades para el establecimiento del rapport con los estudiantes. Por el contrario, esta condición también facilitó el acceso a los centros y la participación de los protagonistas.

Otra de las limitaciones más importantes de la investigación fueron las dificultades de coordinación entre las instituciones asistenciales y los centros formativos. Las instituciones planificaron sus cursos de formación en tutoría reflexiva para los profesionales según sus intereses y disponibilidad. Esos periodos debían de coincidir con los periodos de prácticas clínicas de los estudiantes, que ya estaban establecidos previamente por la universidad. Todas estas premisas, marcaron de forma determinante la duración del periodo de observación que como investigadora pude realizar. Se tenían que simultanear tres supuestos a la vez: que los tutores tuvieran estudiantes, que los tutores hubieran participado en el curso formativo y que el centro asistencial me permitiera el acceso.

Además, al ser una formación innovadora y poco frecuente en las instituciones sanitarias, los centros asistenciales que pudieron llegar a participar en la investigación se redujeron a dos en todo Madrid[49].

La elección de las estrategias de recogida de información en cada centro vino determinada por las facilidades en los permisos y en el acceso que nos otorgaron las Direcciones de Enfermería cada uno de ellos. Se realizó el trabajo de campo en los dos centros asistenciales que otorgaron los permisos necesarios para su realización[50].

El tiempo de estancia en el campo vino determinado por la permanencia de los estudiantes en los periodos de prácticas clínicas. Los días que pude acudir al campo también estuvieron supeditados por la planificación laboral de los tutores que participaron en el estudio. Esto provocó, que en ocasiones, no se acudiera al campo con la continuidad deseada, pero la actual realidad del contexto práctico es así y la organización de las tutorizaciones de los estudiantes no siguen un patrón que tenga en cuenta los intereses de los estudiantes, sino única y exclusivamente los criterios que marca el centro respecto a las planificaciones laborales de los profesionales.

En uno periodos de observación, mi propio desempeño profesional como enfermera asistencial durante 12 años en una de las unidades en las que se realizó el primer periodo de trabajo de campo, me facilitó el acceso al campo y a los datos. El establecimiento de relaciones de amistad con tutoras,

[49] Hay que recordar que las estrategias que se realizaron en el Hospital de la Princesa, estuvieron encaminadas a justificar cómo estaban aprendiendo hasta ese momento los estudiantes de enfermería. En este centro, no se realizaron los cursos formativos a los tutores.

[50] Uno de los centros en los que llevaron a cabo los cursos formativos a los tutores, no permitió el acceso al campo a la investigadora.

conocimiento del campo, conocimiento de responsables del servicio y del hospital pudo tener sus desventajas por el riesgo de sesgo en las interpretaciones, por el riesgo de establecer un excesivo rapport, pero aportó beneficios en cuanto al acceso al campo, la solicitud de permisos a la Dirección del centro y la motivación de los protagonistas a participar en la investigación.

Debido a mi labor docente en la universidad, una de mis responsabilidades es realizar el seguimiento de las prácticas clínicas de algunos estudiantes en el Hospital Universitario Quirón, centro que colaboró de forma activa en la investigación. Esta condición, me facilitó el conocimiento del medio y del personal y me ayudó a no ser considerada una extraña en el campo.

Otra limitación a tener en cuenta, es que, a menudo, los profesionales de enfermería mantienen una actitud de desconfianza y recelo cuando se sienten observados en su actividad profesional, sobre todo, si se trata de un observador "colega" con conocimientos profesionales. Esta actitud de reticencia a ser observados que los profesionales manifiestan en el desarrollo de su actividad, pudo minimizarse debido a mi conocimiento previo del contexto, a las relaciones mantenidas con los protagonistas y la permanencia en el campo. Aun así, se tuvo en cuenta al inicio de los periodos de observación en las unidades y se intentó establecer el rapport con los protagonistas lo antes posible.

Con los estudiantes, la situación fue diferente, ya que conocían de antemano mi condición de docente, circunstancia creo, les cohibió en los primeros momentos y pudo suponer una dificultad para su comportamiento natural en el curso de sus prácticas. Se intentó paliar dicha situación explicándoles de antemano la finalidad de la investigación y de las estrategias de recogida de

información e intentando establecer una relación de empatía con ellos desde el primer momento. Ellos necesitaban que se explicase que la finalidad de la observación no era juzgar sus comportamientos y sus actividades en las prácticas, si no que nuestra intención era, sobre todo, observar a su tutor, haciendo especial hincapié en la forma de ayudarle a aprender.

También fue importante, tener en cuenta como limitación, las grabaciones de las entrevistas individuales, grupales y las tutorías entre enfermera y estudiante con las cámaras de video. En un primer momento, se podía pensar que la cámara podía cohibir tanto los comportamientos como los comentarios que pudieran realizar los participantes. Esta situación se intentó paliar estableciendo el rapport lo antes posible con los protagonistas. Además, no cabe duda, la oportunidad que proporcionan las imágenes para el análisis de los datos, mediante la visualización de gestos, posturas, miradas que no permiten ser igualmente captadas con el uso de la grabadora de voz y que han supuesto ser un material especialmente valioso para presentar los resultados de la investigación a los lectores.

Como señala Ibáñez (1986), también se consideran datos, los elementos significativos no verbales que actúan como auxiliares del lenguaje, complementándolo. Las convenciones prosódicas (variaciones de tono, intensidad y cantidad de la voz), que informan sobre emociones y dimensiones afectivas, quedan registradas por la grabadora y resultan esenciales para la interpretación (Gil, García y Rodríguez, 2009). ¿Y cómo deberían plasmarse en el papel los cambios de entonación, timbre o volumen? ¿Con mayúsculas, subrayados, cursivas, negritas, o signos de exclamación? Exactamente ¿qué corresponde a cuál? ¿Cómo saber si la persona tan sólo tomó aire, por casualidad o si hacía un énfasis deliberado sobre el significado o importancia

de una oración? Los gestos, sin duda, pueden ser extremadamente elocuentes (Farías y Montero, 2005).

Parte de la comunicación no verbal utilizada por los protagonistas no puede ser captada en su totalidad por la grabadora de voz solamente. Los gestos, la mirada pueden ser analizados en el momento o con posterioridad, mediante el uso de una grabación con video.

6. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Taylor y Bodgan (2008) afirman que el ingreso en un escenario implica una especie de pacto, la seguridad implícita o explícita de que no se desea violar la privacidad o confidencialidad de los informantes, ni exponerlos a perjuicios, ni interferir en sus actividades.

Estos autores, exponen que en la ética de la investigación se sostiene generalmente, una posición no intervencionista en el campo. Los investigadores deben de ser leales a sus informantes o a la consecución de las metas de la investigación. El hecho de que uno esté llevando a cabo una investigación, no basta para absolverlo de toda responsabilidad moral y ética por las propias acciones o inacciones. Las metas de la investigación y el apego a los informantes preponderan sobre otras consideraciones. Antes de quedar demasiado estrechamente ligado a los informantes, antes de simpatizar demasiado con sus perspectivas, será sensato saber dónde habrán de trazarse los límites.

En la investigación, en todo momento y previa a la recogida de la información, se garantizó la confidencialidad de los datos a los estudiantes y tutores que participaron, mediante la privacidad e intimidad. Se consensuaron con los

participantes los procedimientos de recogida de información, la elaboración de informes y por supuesto, la elaboración del informe final.

Para salvaguardar la identidad de los participantes, éstos fueron identificados con letras, seguidas del número ordinal correspondiente a las participaciones de las declaraciones.

Se negoció el acceso a los centros, solicitando los permisos necesarios para llevar a cabo las diferentes estrategias de recogida de información, a la Dirección de la Escuela Universitaria de Enfermería participante en el estudio, a la Universidad Europea y a las Direcciones de Enfermería de los centros sanitarios.

De igual manera, se solicitaron los permisos a los estudiantes y a los tutores para conseguir su colaboración en la investigación; así como la autorización para realizar las grabaciones de las entrevistas individuales, las grupales y las tutorías reflexivas con grabadora y con cámaras de video[51].

[51] Ver consentimiento de participatición en la investigación (ANEXO 8).

CAPÍTULO 5.

EL ANÁLISIS DE LOS DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 5. EL ANÁLISIS DE LOS DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. ENTRE LA COMPLEJIDAD Y EL ARTE: EL ANÁLISIS DE LOS DATOS

Al comenzar a revisar los discursos de los distintos autores, para enfrentarme al análisis de los datos de mi investigación, fui consciente de las dificultades que existen en las investigaciones cualitativas para realizar el análisis de los datos, para explicitar los métodos, las reglas y los pasos que se siguen desde que se inicia el proceso del análisis.

El análisis que no es proceso lineal, no tiene un comienzo y un fin distintos del comienzo y el final de la investigación. No menos necesario es que, para investigadores noveles, entre los que me encuentro, el poder contar con relatos y reflexiones anteriores sobre la experiencia personal del análisis, hubiese supuesto un "empujón", un punto de partida idóneo con el que enfrentarme al análisis de mi investigación. Mirando hacia atrás, es cierto que el análisis comienza casi desde el momento en el que, la idea del tema de la investigación se va gestando y va apareciendo en nuestra consciencia como algo lejano todavía pero, que se comienza a vislumbrar como plausible y cercano.

Mi reflexión sobre el análisis de la investigación es que ha sido un proceso artesanal, que no obedece a simples reglas o procedimientos, sino que tiene que ver con la creatividad, la intuición y la imaginación del propio investigador, la mía en este caso.

Son algunos los que opinan que el conocimiento del medio, del contexto, del tema de la investigación es una de las ventajas con las que cuenta el investigador cualitativo en el momento de iniciar la investigación.

Una gran parte de los trabajos de investigación omiten o sólo describen vagamente la forma en que los datos son procesados desde que los inicios, hasta llegar a las conclusiones, y en los manuales de investigación, a este tema suele dedicarse un exiguo número de páginas.

La tarea de extraer significado a partir de cantidades importantes de información expresada en forma verbal, producida durante las diferentes estrategias de recogida de información, se convierte probablemente en la más compleja de las actividades que el investigador debe desarrollar. Pero además, esta tarea es no sólo compleja sino también decisiva de cara a los resultados de un estudio. Para alcanzar y presentar conclusiones relevantes es preciso haber captado el sentido de la información que contienen los datos, haber desentrañado las relaciones entre tópicos que se esconden tras ellos o haber identificado los elementos en los que diferentes unidades en estudio se asemejan o distancian (Gil Flores et al., 2009).

El análisis implica un compromiso cercano con los textos o trascripciones propias, y con el conocimiento necesario para ver los significados en éstos a través de un trabajo reflexivo y técnicamente sofisticado. Por eso, justamente, comenzamos por decir que el análisis del discurso implica analizar (Antaki, Billig y Potter, 2003).

En esta investigación, el análisis se ha realizado de manera transversal y simultánea a lo largo de toda la investigación. A medida que se fueron realizando las estrategias de recogida de los datos se fue focalizando en la recogida de la información. El análisis ha formado parte de la investigación desde el principio al final, ha servido de guía.

El análisis de datos es un proceso en continuo progreso en la investigación cualitativa. Los datos se agrupan y desagrupan, se integran y se desintegran de manera dialógica y recursiva. El análisis es un proceso complejo que se mueve entre el método y el arte (Carrillo, Leyva-Moral y Medina, 2011).

El análisis de los datos ha supuesto reaprender a aprender, actuar y luego reflexionar sobre las acciones, esa es la mejor forma de llegar a la construcción de nuestro propio método de construcción permanente.

Se ha utilizado para el análisis el método de las comparaciones constantes propuesto por Glaser y Strauss (1967) el cual es un conjunto de guías y procedimientos para desarrollar conceptualizaciones de forma inductiva. Este método busca construir teoría más que comprobarla o descubrirla en base a los presupuestos ontológicos y epistemológicos propios como investigadora.

El análisis es un proceso complejo donde nada tiene sentido por separado (Morin, 2007).

Se trata con el análisis de desarrollar una comprensión profunda de los escenarios y de las personas que se estudian. Las comprensiones están fundamentadas en los datos y se desarrollan a partir de ellos.

El análisis es un proceso creativo y dinámico que consiste en refinar continuamente las interpretaciones.

El análisis de datos implica ciertas etapas bien diferenciadas (Taylor y Bogdan, 2008):

1. Fase de descubrimiento en proceso. Se identifican temas y se desarrollan conceptos y proposiciones.

2. Codificación de los datos y refinamiento de la comprensión del tema de estudio.

3. Fase final se trata de relativizar los descubrimientos, comprender los datos en el contexto en que fueron recogidos.

El análisis de los datos comienza con la transcripción de los datos, es por ello, que se recomienda, que los investigadores asuman personalmente la transcripción, pues de ese modo, además de asegurar que esta tarea se cumpla con esmero, podrán constatar de primera mano lo ambiguo y difícil que puede ser el paso del lenguaje oral al escrito. Así, la transcripción no debe verse como un traslado pasivo de signos, sino como parte decisiva de la "construcción" de los datos, o como una verdadera y compleja traducción—es decir, como un momento genuinamente interpretativo (Farías y Montero, 2005).

Las unidades de análisis o códigos corresponden a los fragmentos de contenido sobre los cuales comenzaremos a elaborar los análisis, representan el alimento informativo principal para procesar, pero ajustándolo a los requerimientos de quien "devorará" dicha información. Las unidades de análisis representan los segmentos del contenido de los mensajes, que son caracterizados e individualizados para, posteriormente, categorizarlos, relacionarlos y establecer inferencias a partir de ellos. Las unidades de análisis representan segmentos de información, elegidos con un criterio particular y único que podrán codificarse y en definitiva categorizarse.

La "codificación abierta", supone revisar las unidades de análisis preguntándose cuál es el tema, aspecto o significado que ellas encierran (Rodríguez, 1996).

Una vez que los datos han sido segmentados y agrupados conforme a las reglas de análisis, se tiene que brindar un identificador o código a cada grupo. Estos códigos pueden adoptar la forma de un concepto conocido o una palabra o símbolo cualquiera de carácter distintivo. Existe un código por cada grupo de datos y por al menos una regla de análisis (Carey, Morgan y Oxtoby, 1996; Hague y Jackson, 1993). Sin duda, los códigos resumen el conjunto de datos reunidos en una clase, o al menos eso es lo que se espera, por tanto, se dice que los códigos "etiquetan" los segmentos, agregando información al texto a través de un proceso que abstrae las características del contenido agrupado y la sintetiza en un solo concepto o símbolo. Lo importante de ello es que los códigos orientan sobre las relaciones y/o interpretaciones del material codificado (cuyo resultado son las categorías) lo que lleva a un análisis más profundo del mismo. Cada categoría requiere, sin embargo, de una definición precisa, que explique el alcance del mismo.

Conviene, además, complementar esta definición con ejemplos u otras explicaciones de la significación de la categoría que provengan desde el contenido o las fuentes de dichos textos (la voz de los investigados). Actuando de este modo no sólo se tiene una definición experta o "etic" -es decir, en jerga profesional- del código, sino además una clarificación "emic" o propia de los participantes. Estas ayudas o ejemplos, también conocidas como "pistas lingüísticas", no tienen que ser consultadas con los investigados, aunque ello no se descarte, bastará con incorporar trozos de los relatos brutos junto a las definiciones construidas por el analista para, de este modo, reducir la mala interpretación, preconcepción u omisión de los codificadores respecto al contenido y a la vez, aumentar las posibilidades de generar un análisis con alta validez y confiabilidad (McQueen, McLellan, Kay y Milstein, 1998).

1.1. El Atlas-ti: herramienta para el tratamiento de los datos

Se ha utilizado el programa informático Atlas-ti en su versión 6.2, para facilitar la sistematización y rigurosidad en la búsqueda y recuperación de los datos.

La utilidad del Atlas-ti en el análisis cualitativo, no es automatizar el proceso de análisis, sino simplemente ayudar al intérprete humano, agilizando considerablemente muchas de las actividades implicadas en el análisis cualitativo y la interpretación, como, por ejemplo, la segmentación del texto en pasajes o citas, la codificación, o la escritura de comentarios y anotaciones; es decir, todas aquellas actividades que, de no disponer del programa, se realizarían con ayuda de otras herramientas como papel, lápices de colores, tijeras, fichas, fotocopias...

Atlas-ti, permitió, entre otras cosas, integrar toda la información, ya sean los datos, las fichas, las anotaciones... facilitando su organización, su búsqueda y recuperación.

La utilización de programas informáticos para el análisis cualitativo de datos textuales salva la limitada capacidad humana para el manejo de grandes cantidades de información y facilita las operaciones implicadas en esta tarea (Gil Flores et al., 2009).

En la actualidad, se recomienda utilizar ordenadores y programas que sirven como herramientas, que facilitan la tarea del investigador, del tratamiento de los datos cualitativos (Gürtler y Huber, 2007) y también se ha planteado el reto de la investigación cualitativa y su vinculación con las nuevas tecnologías de la información y comunicación (Salgado, 2007).

Uno de los riesgos, deriva de lo que podría denominarse «el peligro mecanicista y deshumanizante», que en el caso de los análisis cualitativos iría en contra de la flexibilidad y singularidad que les caracteriza. Además lo anterior, podría llevar al distanciamiento entre el investigador y sus datos.

Es claro que el ordenador facilita las tareas mecánicas del análisis de datos, pero no puede sustituir al investigador en las tareas conceptuales previas y posteriores. El ordenador es una herramienta, y como tal, está al servicio de un proceso dirigido por el investigador. No se debe incurrir en la utilización rígida de un programa, con independencia de los objetivos y características de la investigación (Páramo, 2010).

Algunos autores han alertado sobre las grandes limitaciones que entraña el análisis asistido por ordenador, como por ejemplo, el fraccionamiento de la información, la pérdida de la visión de conjunto y la descontextualización. También existe el riesgo de quedarse atrapado por la seducción de la herramienta, reduciendo el análisis a simples operaciones mecánicas y perdiendo de vista el verdadero objeto del análisis, que es la interpretación de los datos, una operación que difícilmente puede hacer un programa informático por sí solo (Amezcua y Gálvez, 2002).

En el caso específico de esta investigación, la utilización del programa informático se limitó al primer nivel de análisis de los datos, la agrupación de las unidades de significado de cada uno de los documentos primarios, identificando los códigos y describiendo las categorías que agruparon los distintos códigos establecidos.

2. PRIMER NIVEL DE ANÁLISIS: LAS CATEGORÍAS

Una vez que se identificaron en los datos, las unidades de significado relevantes en el discurso de los protagonistas, se fueron codificando y definiendo cada una de las categorías.

Podemos definir a las categorías como los cajones o "casillas" en donde el contenido previamente codificado se ordena y clasifica de modo definitivo (Hernández, 1994). Queda claro, que gran parte de la tarea de categorización, depende más del investigador que de factores ajenos a él. Es, en este momento, donde se pone en práctica la creatividad, la capacidad de integración y síntesis, aptitudes para hallar relaciones en el material.

Las categorías no fueron pre-establecidas, sino que se fueron construyendo a partir de un juego inductivo-deductivo entre los datos y los presupuestos como investigadora.

Toda síntesis final, hará uso de las categorías y, si los memos y los códigos axiales han sido utilizados productivamente, se podrán entrever nuevos vínculos entre clases, o entre sus propiedades, permitiendo encuadrar el resultado analítico sobre la comparación y relación de énfasis temático de interés para el estudio (Altheide y Michalowski, 1999). Lo importante a tener claro, es que esta última elaboración cualitativa, debe apoyarse en todo el trabajo inductivo previo, poniendo todo el esfuerzo reflexivo y crítico, descubriendo lazos, causas e interpretándolas convenientemente.

La interpretación podría apoyarse en un buen conocimiento de las características de los participantes y de los fenómenos que se producen en su contexto real, o bien basarse en la aplicación de técnicas analíticas que van

más allá de la descripción y tratan de detectar proximidades o diferencias intra e intergrupales o modelos subyacentes al entramado de concepciones y prácticas de los sujetos en relación al tema estudiado (Gil Flores et al., 2009).

Hay que recordar, eso sí, que el proceso de análisis desde los datos a la teoría implica "reducirlos" (Dumka, Gonzales, Wood y Formoso, 1998), por lo que se espera contar al finalizar el trabajo, con una cantidad pequeña de categorías; poco se habrá avanzado si al término de la investigación se tienen tantas categorías como posibles grupos de datos iniciales.

Una situación que puede ocurrir -y que debe preverse- es terminar el análisis con cierto número de datos o códigos sueltos. Briones señala que en ese caso las categorías "deben revisarse de nuevo, con el fin de verificar si su exclusión (la de los datos que no se clasificaron) fue acertada o no. Puede suceder que algunas (de las informaciones procesadas), después de esta operación, sean ubicadas en el sistema de categorías ya elaboradas y otras no. Si estas últimas suman diez por ciento del total del material, indicaría una deficiencia en la construcción de las categorías y toda la operación debería ser revisada" (Briones, 1988b, p. 62)[52].

2.1 En esta investigación...

A pesar de que el análisis es un proceso continuo que convive y emerge desde los inicios de la investigación y partiendo del hecho de que cualquier intento de objetivación del mismo, nos provocaría una pérdida de riqueza, de creatividad y de rigor; aun en estas circunstancias, me parece oportuno tratar de sistematizar el proceso de análisis de esta investigación con la doble

[52] Cáceres, P. (2008). *Análisis cualitativo de contenido: Una alternativa metodológica alcanzable*. Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad, 2(1), 53-82.

finalizar de, por un lado, ofrecer una guía para posteriores investigaciones y además justificar cómo, cuándo y por qué fueron emergiendo los distintos niveles de análisis de datos.

El análisis ha sido realizado mediante el análisis sistemático del contenido de las declaraciones de los tutores y estudiantes y de las observaciones realizadas en el trabajo de campo, tras la transcripción, lectura y relectura de los datos, que constituyeron las unidades de significados.

Se han realizado, desde el inicio de la recolección de los datos, comparaciones constantes entre las informaciones obtenidas entre las distintas estrategias de recogida de la información.

En el método comparativo constante, la recolección de la información, la codificación y el análisis se realizan simultáneamente, de ahí la dificultad de describir los pasos que se llevaron a cabo, ya que muchos de ellos se entrelazaban con otros.

A medida que se fueron realizando las distintas estrategias de obtención de los datos, se fue elaborando un listado de posibles categorías que fue aumentando poco a poco hasta constituir un total de 109 categorías iniciales. Este listado ayudó a la identificación y búsqueda de fragmentos de los discursos que avalaran y configuraran la descripción de la categoría, sin perder el sentido y la esencia del discurso de los protagonistas.

De la misma forma, poco a poco iban emergiendo posibles memos asociados a los discursos y que más tarde dieron forma a la presentación de los resultados de la investigación. Fui consciente desde el inicio, la importancia de comenzar

a registrar cualquier pensamiento, idea o reflexión aunque en algunas ocasiones no fuese consciente de si serían útiles en el análisis definitivo.

La lectura de los datos se realizó de forma detallada, manteniendo una atención simultánea y un diálogo continuo entre los discursos de los participantes, los discursos de los autores y mi visión como investigadora, de forma que se permitiera la asociación de cualquier elemento del discurso.

El análisis de los datos se realizó en un primer momento de forma manual. Tras la primera identificación y codificación de las posibles categorías, se comenzaron a gestionar por medio del programa informático.

El resultado de las transcripciones de las distintas estrategias de recogida de información en la investigación, dio como resultado un total de 52 documentos primarios en el Atlas. En la tabla 7, los documentos primarios se organizan en función de las distintas estrategias de recogida de información.

DOCUMENTOS PRIMARIOS	
ENTREVISTAS INDIVIDUALES	2
ENTREVISTAS GRUPALES	6
OBSERVACIONES	24
TUTORÍAS	20
TOTAL DOCUMENTOS	52

Tabla 7: total de documentos primarios de la investigación

Las múltiples lecturas de los documentos primarios tuvieron el objetivo de buscar los significados de los discursos de los sujetos, se extrajeron las palabras clave o frases que identificaban las voces de los tutores y estudiantes.

El sistema de codificación que se utilizó para identificar los fragmentos de las transcripciones de cada documento primario, se describe de forma detallada en la siguiente tabla (tabla 8):

SISTEMA DE CODIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS PRIMARIOS	
ENTREVISTAS INDIVIDUALES	Hospital-Entrevista Tutora-Nº página-Nº Intervención Ejemplo: P-ET-18-5 (Princesa-Entrevista Tutora-Página 18-Intervención nº 5)
GRUPO DISCUSIÓN	Hospital-Grupo Discusión-Nº página-Nº Intervención Ejemplo: P-GD-6-4 (Princesa-Grupo Discusión-Página 6-Intervención nº 4)
OBSERVACIONES	Hospital-Observación-Nº observación-Nº página-Nº intervención Ejemplo: Q-OB1-4-4 (Quirón-Observación 1-Página 4-Intervención 4)
TUTORÍAS	Hospital-Tutoría-Nombre tutor-Nº página-Nº Intervención Ejemplo: Q-TUTB-1-1 (Quirón-Tutoría Blanca-Página 1-Intrevención 1)

Tabla 8: Sistemas de codificación de los documentos primarios

A fin de facilitar la lectura y la comprensión, se aclara en la tabla siguiente, el formato de presentación de los fragmentos de los documentos primarios que

se utilizarán para avalar cada uno de los puntos del apartado de resultados de la investigación:

PRESENTACIÓN DE LOS FRAGMENTOS DE LAS TRANSCRIPCIONES EN LOS RESULTADOS	
DISCURSOS DE LOS PROTAGONISTAS	ENTRECOMILLADOS Y EN CURSIVA "...."
LA VOZ DEL INVESTIGADOR EN LOS PERIODOS DE OBSERVACIÓN	ENTRE CORCHETES Y SIN CURSIVA [...]
ACLARACIONES DEL INVESTIGADOR DE PARTES DEL DISCURSO DE LOS PROTAGONISTAS	ENTRE PARÉNTESIS Y SIN CURSIVA (...)
PREGUNTAS DEL INVESTIGADOR	NEGRITA, SIN CURSIVA

Tabla 9: Formato de presentación de los fragmentos de las transcripciones

Una vez finalizado el análisis manual, en el que como hemos descrito con anterioridad se obtuvieron 109 categorías, se pasó a definir y releer las categorías con el objetivo de unificarlas o agruparlas, en aquellos casos, en los que se refirieran a conceptos similares y a fragmentos de los discursos, en los que los protagonistas plantearan las mismas ideas o reflexiones. Tras este proceso, el nº de categorías definitivas de la investigación fue de 68.

Durante el proceso de codificación se identificaron 3.064 unidades de significado o fragmentos del corpus de datos; quotations en el Altas. Muchos de estos fragmentos de datos de los documentos primarios tuvieron asignadas más de una categoría, debido a la riqueza de los comentarios de los

protagonistas y a la naturaleza de sus discursos. Es por ello que a pesar de que el programa informático contabiliza 3.064 unidades de significado, teniendo en cuenta, que algunas unidades de significado tuvieron asignadas más de una categoría, en total contaríamos con 4.527 unidades de significado. Según Van Manen (2003), estos serían los conceptos de primer orden o datos brutos de la investigación.

De esas descripciones narrativas de los informantes, por tanto, emergieron 68 categorías que describen la perspectiva EMIC de la realidad estudiada. Se enumeran, se codifican y se definen a continuación en la siguiente tabla (tabla 10):

Nº Y CÓDIGO	CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN DE LA CATEGORÍA
1-CTU	CIERRE TUTORÍA	Comentarios que el tutor realiza para asegurarse que el alumno no quiere añadir nada más, dando por finalizada la tutoría o conversación reflexiva. Sirven para dar la oportunidad al estudiante de plantear dudas y de aclarar conceptos.
2-LEG	LEGADO EXPERIENCIAL	Argumentaciones mediante las cuales, el tutor muestra al estudiante la razón y el fundamento de la acción profesional y en las que refleja su conocimiento experiencial como experto. Mediante esta estrategia, el tutor ofrece al estudiante sus experiencias como fuente de conocimiento.
3-YTU	¿Y TÚ QUÉ HARÍAS?	Planteamiento de situaciones problemáticas, de cuestionamiento y de dilemas o conflictos de la práctica profesional, a través de situaciones reales o imaginarias, que requieran del análisis y juicio del alumnado. El tutor pretende que el estudiante dirija sus reflexiones hacia aspectos esenciales de la práctica.
4-YVI	YO VI UNA VEZ...	Relatos utilizados por el estudiante que

		pretenden apoyar un argumento o bien plantear dudas a sus tutores sobre situaciones que hayan vivido en la práctica. Suelen ser relatos de la práctica: Yo vi una vez, me pasó una vez...
5-EJE	**EJEMPLOS**	Utilización frecuente de ejemplos profesionales o cotidianos por parte del tutor con la finalidad de facilitar al estudiante la comprensión de conceptos abstractos, más complejos y esenciales de la práctica. El tutor utiliza experiencias prácticas anteriores o ejemplos de la vida cotidiana para asimilar nuevos conceptos.
6-CPE	**CONOCIMIENTO PRÁCTICO-EXPERTO**	Argumentaciones de los tutores que reflejan su conocimiento oculto y tácito del que son poseedores como expertos y que lo reflejan en las acciones de la práctica.
7-COP	**CONEXIONES PRÁCTICAS**	Intentos de los tutores de establecer conexiones entre sus argumentaciones y las reflexiones de los estudiantes, con las situaciones de la práctica asistencial, con la finalidad de situar a los alumnos en el contexto de la situación profesional.
8-PAT	**PERSONALIZACION DE LA ACCION TUTORIAL**	Comentarios que los tutores realizan sobre la necesidad de personalizar la tutoría en la formación práctica, debido a las cualidades o características personales de cada estudiante.
9-EMP	**EMPATÍA DIDACTICA**	Estrategia reflexiva en la que el tutor, utiliza las hipótesis de comprensión del estudiante, aunque no sean las adecuadas, como material de trabajo, incluyéndolas en su línea argumental. El tutor trata de valorar positivamente la respuesta o el comentario del alumno, tomándole en consideración y evitando comentarios de “eso no es correcto” “eso no es así” y aumentando la motivación y la confianza en sí mismo del estudiante.
10-NEG	**NEGOCIACIÓN DEL LENGUAJE PROFESIONAL**	Capacidad para interpretar y traducir por analogía y a través de preguntas el lenguaje utilizado por el alumno, a términos propios

		del campo disciplinar. Se puede producir con o sin negociación de los términos con el alumno, siendo lo ideal que se negocie el significado con el estudiante.
11-CRG	**CONVERSACIONES REFLEXIVAS GUIADAS**	Un modo para guiar al alumno, a través de la pregunta, hacia unos objetivos de aprendizaje concretos es mediante el desarrollo de conversaciones socráticas. Éstas se manifiestan cuando la dirección del aprendizaje se desarrolla mediante el encadenamiento de interrogaciones y respuestas, gracias al cual, el pensamiento del alumno es guiado hacia el descubrimiento de las ideas y/o procedimientos que el tutor desea mostrarle. En este tipo de conversaciones, se puede recurrir a una multiplicidad de preguntas y a la emisión de orientaciones que, a modo de pistas, ayuden al alumnado a construir nuevos conocimientos. Partir de las respuestas del estudiante para ir introduciendo contenidos e ideas importantes sobre el tema, a la vez que se va aumentando la complejidad de la argumentación.
12-RFA	**REFLEXIÓN EN LA ACCIÓN**	Capacidad del docente o del estudiante para analizar su pensamiento y/o acción mientras lo/la está formulando/ejecutando explícitamente al alumnado. Este pensamiento de segundo orden sirve para reorganizar lo que hace el docente en el instante de su realización o lo que hace el alumno. En estos momentos, el estudiante adopta el gesto reflexivo.
13-ATE	**ATENCIÓN FLOTANTE**	La habilidad del tutor para mantenerse al tanto de todo lo que está sucediendo globalmente en la tutoría al mismo tiempo que desarrolla su actividad y de integrar ese sentido de conciencia en lo que está haciendo en este momento. La tutora mantiene la atención de forma simultánea a la argumentación del estudiante, porque ha dicho lo que ha dicho y a su propio

		razonamiento. Permite la asociación de ideas de cualquier elemento del discurso del estudiante con las intenciones del tutor. Sería la capacidad para focalizar la atención de manera simultánea en las ideas del estudiante y en sus propios marcos categoriales.
14-PAR	**PARAFRASIS REFLEXIVA**	Repetición textual de una frase o pregunta del tutor o del alumno, de forma que les facilita colocarse en situación, señalando el inicio del momento de la reflexión en la acción y adoptando un gesto reflexivo. Estrategia muy frecuente.
15-MRE	**MOMENTOS DE RECAPITULACIÓN**	**TUTOR:** Momentos en lo que el docente hace una síntesis de los contenidos y actividades trabajados con anterioridad en las tutorías, mostrando sus conexiones con los que se están presentando en la actualidad. Ayuda a los alumnos a situarse en el momento de la tutoría, a situarlos con la realidad de la práctica, les ayuda a continuar. **ALUMNO:** A veces, la recapitulación de contenidos la realiza el estudiante en los momentos en los que necesita parar, para poder reflexionar y seguir con sus reflexiones donde se habían quedado.
16-ANI	**ANTIPACIÓN DE INTENCIONES**	Explicitación de los contenidos o de las actividades de enseñanza y aprendizaje que se trabajarán con posterioridad en la tutoría o en alguno de los momentos de la tutoría clínica, mostrando su conexión con los contenidos que se están presentando. Esta anticipación de contenidos sirve para orientar al estudiante en la situación que se va a desarrollar o sobre la que se va a reflexionar.
17-RCC	**RECURSOS DE CONSTRUCCION DE CONOCIMIENTO**	Escenificaciones a través de la comunicación no verbal que permiten una representación al tutor de lo que se pretende explicar. Mecanismos o recursos mediante los cuales el tutor facilita la construcción del conocimiento por parte del estudiante. Constituirían un apoyo para el estudiante ya que le facilitarían la comprensión y la conexión con la práctica

		profesional. Ejemplo: dibujos, esquemas, manipulación del material...Estarían incluidas todas las situaciones que sucedan fuera del contexto práctico profesional.
18-REF	**REFUERZO POSITIVO**	Comentarios, gestos del tutor que sirven para motivar al estudiante para que siga con las argumentaciones o reflexiones que está exponiendo al tutor. Serían un feed-back del tutor hacia el alumno y contribuirían a aumentar su confianza, su creatividad y su intuición, ya que le liberarían del miedo a equivocarse y del miedo a ser juzgado en sentido normativo.
19-ACE	**ASEGURAR LA COMPRENSIÓN DEL ESTUDIANTE**	Serían las preguntas o los comentarios del tutor que pretenden asegurar que el estudiante alcanza la comprensión de los aspectos de la práctica que están siendo reflexionados. Preguntas o comentarios directos o indirectos con esa finalidad. Ejemplo: ¿Comprendes? ¿Lo entiendes?
20-DIT	**DIFICULTADES EN LA TUTORÍA**	Todas aquellas situaciones que pueden suponer dificultades para el desempeño de la tutorización reflexiva, bien porque realmente el tutor pone en marcha estrategias que no favorecen la reflexión del estudiante o bien por las propias limitaciones personales y profesionales del tutor. Puede tratarse de: imposibilidad del tutor para resolver las dudas a los estudiantes, interpretaciones o juicios erróneos del tutor sobre las hipótesis de comprensión del estudiante, comportamientos precipitados del tutor que anulan o interrumpen la reflexión del alumno, respuestas precipitadas, argumentaciones erróneas que el tutor ofrece al estudiante sobre aspectos de la práctica.
21-ERR	**¿PERMITIR EL ERROR?**	Situaciones de la práctica en las que el tutor coloca al alumno, de forma consciente, para que aprenda de su propia experiencia. El alumno experimentaría en primera persona lo que “no hay que hacer” o lo que “es mejor realizar de otra manera”. El tutor permite y promueve la actuación inadecuada del

		estudiante para que su aprendizaje se convierta en significativo.
22-ESP	**ESPEJO PROFESIONAL**	Reconocimiento por parte de los estudiantes, hacia el conocimiento experto de los tutores, siendo muy beneficioso para la relación pedagógica pues implica respeto y admiración al desempeño profesional de los tutores.
23-SUJ	**EL ESTUDIANTE COMO SUJETO**	Comentarios o actuaciones de los tutores que indican consideración hacia el estudiante e interés por sus criterios u opiniones en y sobre determinadas situaciones de la práctica. Esta estrategia de tutoría contribuiría a aumentar la motivación del alumno y a estrechar los vínculos que se establecen en la relación pedagógica entre el tutor y el estudiante, de tal forma, que se favorezcan los procesos reflexivos y se estimule el aprendizaje significativo.
24-ESN	**LO ESENCIAL DEL CUIDADO**	Comentarios del tutor que pretenden presentar a modo de resumen los aspectos esenciales del cuidado. Sobre todo, son útiles cuando pueden realizarse cuidados de formas diferentes. El tutor intenta que el estudiante se quede con lo más importante del cuidado y no con la forma de llevarlo a cabo. Los estudiantes valoran positivamente que el tutor sea capaz de mostrarles la esencia del cuidado y que les señale lo importante de una determinada situación, que a ellos por su rol de estudiante, seguro se les pasaría por alto.
25-DEL	**DELEGAR ACTIVIDADES**	Todas las situaciones de la práctica en las que los tutores permiten al estudiante que desempeñe el rol profesional. Son muy útiles con alumnos en últimos años de formación, con mayores conocimientos, porque sirven para facilitar la integración de conceptos y la consideración de las situaciones como un todo. Si el alumno domina la situación, no quiere la presencia del tutor, sino que prefiere que el tutor delegue completamente en él.
26-ACO	**ACOMPAÑAMIENTO DEL TUTOR**	El acompañamiento o la presencia del tutor en algunas situaciones de la práctica

		proporciona seguridad al estudiante, que se presenta más relajado ante el paciente y eso se refleja en su actuación posterior. Si el estudiante no domina la situación, necesita la presencia del tutor; la cual, le proporcionará seguridad y confianza. La presencia del tutor no debe contribuir a que el estudiante se sienta examinado o juzgado en sentido normativo, pues dificultaría totalmente el aprendizaje del alumno.
27-VAM	**VAMOS A ...**	Situaciones de la práctica en las que el tutor incluye al estudiante como si el binomio tutor-estudiante fuese una misma persona. Implicaría el trabajo en equipo de ambos, siendo un tipo de tutoría incursiva, en la que el tutor considera al estudiante y le incluye en sus acciones profesionales.
28-IDE	**IDENTIDAD PROFESIONAL**	Comportamientos de los tutores que intentan transmitir la identidad profesional, mediante los juicios y reflexiones profesionales, con el cuestionamiento continuo de la práctica e intentando encontrar siempre un sentido o razón a las actuaciones. Se incluirían los comentarios que hacen referencia a la importancia de determinados aspectos de la metodología enfermera y su papel sobre la identidad de la profesión.
29-AUT	**AUTONOMÍA**	Autorizar al estudiante a escoger entre distintas formas de hacer las cosas, contribuyendo así a su creatividad y libertad de actuación profesional. Supondría además, facilitar en el estudiante la reflexión, previa a la elección de la forma de realizar un cuidado profesional. En este modelo de tutoría, se incentivaría la autonomía y el criterio del alumno, frente a la repetición e imitación de tareas propias de la tutorización tradicional.
30-DON	**DONACIONES DEL TUTOR**	Argumentaciones o explicaciones que surgen de forma espontánea o intencional por parte del tutor y no a demanda de los estudiantes. El tutor dona las explicaciones a la relación pedagógica.

31-COP	**¿COMPLICIDAD?**	Las muestras de afecto de los tutores hacia los estudiantes no son condición imprescindible en una relación pedagógica, pero de producirse, significan que la relación, además de ser de confianza, implica estima. Todo esto, beneficia enormemente el aprendizaje de los estudiantes, que se sienten estimados y relajados. Estas muestras de afecto, dependen de la personalidad de ambos protagonistas, tutor y estudiante. También se considerarían los comentarios a modo de confesión del estudiante con el tutor o viceversa, que denotan una relación de confianza entre ambos.
32-OFI	**EL OFICIO DEL CUIDADO**	Los estudiantes imitan las acciones o actividades que realizan los tutores en la práctica profesional a modo de reproducciones de la práctica, sin ningún proceso de reflexión personal. En algunas ocasiones, estás tareas son impuestas por los tutores, que delegan en los estudiantes aquellas actividades de la práctica que menos les motivan. A los estudiantes se les "utiliza" no con fines pedagógicos sino con la intención de sacar el trabajo adelante sin velar por su desarrollo, ni su aprendizaje formativo. Son imposiciones de tareas que obstaculizan la libertad, la creatividad y la capacidad intuitiva del estudiante.
33-MOT	**MOTIVACION DEL TUTOR**	Aquellas situaciones de la tutoría clínica con las que los tutores se sienten motivados o piensan que les ayudarían a aumentar su motivación: remuneración económica, la necesidad de evaluar la formación, la necesidad de mejorar la comunicación con las universidades, la participación más activa en la formulación de los objetivos del estudiante, la posibilidad de elección en la participación en la formación práctica...
34-FOT	**FORMACION DEL TUTOR**	Los tutores reclaman formación previa para la tutorización práctica. La mayoría de las veces, actúan según su intuición y su criterio profesional.

35-FGT	**FIGURA DE TUTOR**	Se reclama la figura de un tutor responsable del alumno, que esté el mayor tiempo posible con él. Los tutores reivindican que no siempre están con el mismo alumno, lo cual les impide valorar e implicarse en su aprendizaje. Los estudiantes, por otro lado, manifiestan que el permanecer con diferentes tutores les genera grandes dificultades de adaptación a la relación pedagógica. La rotación de tutor y de los alumnos evita el planteamiento de objetivos comunes, evita la personalización de la acción tutorial y dificulta la relación tutor-alumno.
36-CUT	**CUALIDADES TUTORAS**	Aquellos rasgos de la personalidad de los tutores que son más o menos valorados tanto por los estudiantes como por los propios tutores y cómo influye la relación pedagógica.
37-CUE	**CUALIDADES ALUMNOS**	Aquellos rasgos de la personalidad de los estudiantes que son más o menos valorados por las tutoras y cómo influyen en la relación pedagógica.
38-REL	**RELACION TUTOR-ESTUDIANTE**	Comentarios de los tutores y estudiantes que hacen referencia a la relación entre ambos durante su formación práctica y, sobre todo, cómo esta relación influye en el aprendizaje de los alumnos: tono de reproche, órdenes, faltas de respeto, preocupación por los estudiantes, muestras de complicidad...
39-APM	**APRENDIZAJE MUTUO**	Comentarios de los tutores sobre la necesidad de reflexionar en la práctica clínica y el valor que puede aportar la tutorización reflexiva en el aprendizaje de las profesionales, mejorando de la calidad de la atención profesional, proporcionando un medio para favorecer la actualización de los conocimientos y, en definitiva, logrando un aprendizaje mutuo.
40-BRE	**BRECHA PRÁCTICA/TEORÍA**	Comentarios o situaciones que dejan patente la distancia existente entre el mundo práctico y el teórico y cómo eso, influye en el estudiante.

41-SIL	**SILENCIO "PEDAGOGICO"**	Conciencia y comportamiento de los tutores que hacen referencia a no resolver directamente las dudas del estudiante para que sean ellos los responsables, en un primer momento, de encontrar las soluciones a los interrogantes de la práctica. Los tutores, con su silencio, contribuyen al aprendizaje autónomo de los alumnos, se trataría de un silencio formativo.
42-DFA	**DIFICULTADES APRENDIZAJE**	Comentarios de tutoras y estudiantes sobre cuáles son las dificultades de aprendizaje de los alumnos y los motivos. Sobre todo, se hace referencia a determinadas situaciones de urgencias que requieren una actuación rápida de los profesionales. Se exige de los alumnos que actúen con la misma rapidez que los profesionales, o, por el contrario, todo el estrés que los profesionales experimentan en esas actuaciones lo descargan con el alumno. Las situaciones de urgencia no suelen ser las idóneas para el estudiante, salvo, que se reflexione sobre la acción en conversaciones reflexivas posteriores con sus tutores.
43-MIR	**LA MIRADA DEL DEBUTANTE**	Atención focalizada a la actividad concreta, propia de los estudiantes, sin que sean capaces de ampliar la atención a otros aspectos importantes y esenciales de la práctica. Esta dificultad, suele ser típica de debutantes, "del recién llegado". Se incluirían, también las respuestas del alumno descontextualizadas, que carecen de un razonamiento en el que se incluya el contexto del paciente y de la situación.
44-PLA	**PLANIFICACION COLABORATIVA DE ACTIVIDADES**	Tutor y estudiante planifican de forma colaborativa la actividad que van a realizar después: preparación material, repasan el procedimiento, deciden como lo realizarán...
45-DEA	**DESARROLLO DE ACTIVIDADES**	Tutor o alumno realizan la actividad. Si la realiza el tutor, lo ideal es que éste, verbalice en el momento cómo lo está realizando. Si lo realiza el estudiante, el tutor observa y luego lo comentan y lo ponen en común.

46-ANI	**ANÁLISIS INDIVIDUAL DE ACTIVIDADES**	Tutor y estudiante analizan por separado cómo se ha llevado a cabo el procedimiento, qué aspectos hay que mejorar, qué se podía haber realizado de otra manera.
47-ANC	**ANALISIS COLABORATIVO DE ACTIVIDADES**	Tutor y estudiante ponen en común todos los aspectos anteriormente analizados por separado. Permite una reflexión más pausada de las actividades llevadas a cabo y sobre todo permite el intercambio de ideas, reflexiones, el descubrimiento de ideas, la creatividad, el aprendizaje significativo sin la premura del momento. Muy útil en situaciones de urgencia en la que el alumno no es consciente, ni es capaz de integrar y asimilar todo lo que se ha vivido en la situación.
48-INS	**INSEGURIDAD PACIENTE**	Comentarios que hacen referencia a la inseguridad que puede provocar en el paciente, que determinadas actividades se rectifiquen o se expliquen al estudiante mientras se están realizando en los pacientes. Eso no suele ser beneficioso ni para el paciente, al que genera inseguridad y miedo y, en el estudiante, que no se siente cómodo cuando se le rectifican o se dan determinadas explicaciones delante del paciente.
49-SPP	**SÉ QUE PUEDO PREGUNTAR**	Los estudiantes valoran que el tipo de relación que establezca con su tutor, sea de confianza, para que se sientan cómodos para preguntar y no exista miedo a que se juzgue su desconocimiento en sentido normativo.
50-SEA	**SE APRENDE CUANDO...**	Comentarios de tutores y alumnos sobre las situaciones de la práctica con las que más aprenden, cuáles son, en qué consisten y, también la demanda a realizar determinadas actividades que les facilitarían su aprendizaje durante su formación práctica, tales como, acudir a la biblioteca, preparar sesiones monográficas, comentar casos clínicos vividos en las prácticas...
51-LOQ	**LO QUE IMPORTA EN EL CUIDADO**	La práctica en las destrezas técnicas sigue siendo una prioridad en los estudiantes, que imitan a los tutores y reproducen su práctica.

		Los cuidados delegados de otras profesiones, tales como la administración de medicación, siguen siendo cuidados más valorados, lo cual es un reflejo de la historia de la enfermería como profesión.
52-COM	**COMPAÑERISMO**	Comentarios o colaboración entre los estudiantes en beneficio de su aprendizaje y que suelen implican compartir y apoyarse en las experiencias prácticas.
53-VTT	**VALORACIONES DE TUTORÍA SEGÚN TUTORES**	Comentarios u opiniones de los tutores sobre las ventajas o inconvenientes de la tutoría reflexiva.
54-VTE	**VALORACIONES DE TUTORÍA SEGÚN ESTUDIANTES**	Comentarios u opiniones de los alumnos sobre las ventajas o inconvenientes de la tutoría reflexiva.
55-VEX	**VALOR DE LA EXPERIENCIA**	Comentarios de tutores y estudiantes que hacen referencia al valor de la experiencia como fuente de conocimiento.
56-MOE	**MOTIVACION DEL ESTUDIANTE**	Preferencias o motivaciones del estudiante con respecto a su estancia en las diferentes unidades y cómo esto influye en su aprendizaje.
57-FOE	**FORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**	Importancia de la formación previa teórica de los estudiantes y cómo influye en el aprendizaje durante la formación práctica.
	PREGUNTAS REFLEXIVAS	**58. PURAS:** preguntas que intentan provocar la reflexión del estudiante. Suceden en el seno de los diálogos o las conversaciones reflexivas. Surgen de forma espontánea por iniciativa de la tutora. **PRP** **59. PREGUNTAS QUE RESPONDEN A OTRAS PREGUNTAS:** preguntas que plantea el tutor en respuesta a otra pregunta que ha planteado el estudiante. Implica que el silencio del tutor, que aprende a callarse las respuestas para que el estudiante alcance por el mismo el aprendizaje. Capacidad del docente de no responder a las preguntas o dudas del estudiante e iniciar un diálogo reflexivo para tratar de que sea el mismo alumno quien llegue por sí mismo a encontrar las respuestas a sus preguntas. El docente contesta al estudiante con otra

		pregunta. Le devuelve la responsabilidad de la respuesta. **PCP**
	PREGUNTAS REFLEXIVAS MIXTAS	**60. PREGUNTAS RETÓRICAS:** preguntas que pertenecen al desarrollo de la argumentación del tutor, que no buscan la respuesta del alumno. Son preguntas que no favorecen la reflexión del alumno, pero sí las del tutor, que las utiliza en el curso de una reflexión. Ayudan al tutor a mantener la atención focalizada en su discurso y en el alumno. Contribuyen a favorecer la reflexión de la persona que las utiliza. **PRT** **61. SERIE DE PREGUNTAS:** serie de preguntas todas relacionadas entre sí, que tienen la finalidad de que el estudiante comprenda lo que el tutor intenta que reflexione. Al enlazar más de una pregunta, suelen producir o pueden generar ansiedad en el alumno, que lo puede tomar como un interrogatorio, desviando su atención. **SEP** **62. FRASES INACABADAS:** el tutor interrumpe una frase, que no acaba de enunciar para que la finalice el estudiante. No debiera utilizarse en exceso, pues no favorece la reflexión del alumno. Sería una estrategia a modo de "pista" u orientación al alumno. **FRI** **63. PREGUNTAS DIRIGIDAS:** en conversaciones socráticas van dirigiendo las respuestas de los alumnos. Algunas de esas preguntas que el tutor realiza pueden no ser reflexivas, pero sí se desarrollan en el seno de un diálogo reflexivo. **PRD** **64. PREGUNTAS ORIENTADORAS:** preguntas que se plantean para facilitar que el alumno alcance rápidamente el conocimiento que deseamos presentar. Por ejemplo: ¿qué tenías que poner en contacto con qué? **PRO** **65. PREGUNTAS INDAGADORAS:** suelen utilizarse para comprobar los conocimientos del estudiante. Por ejemplo, "¿sabrías decirme el material que tienes que preparar?" **PRI**

	PREGUNTAS NO REFLEXIVAS	**66. PREGUNTAS ACLARATORIAS**: sirven para que tanto los estudiantes como los tutores comprendan lo que se les está preguntando previamente. Sería como preguntar "¿qué me has preguntado?". **PRA** **67. RESPONDEN CON MONOSILABOS**: preguntas que no favorecen la reflexión del estudiante porque se responden con monosílabos. A veces, son necesarias, sobre todo, cuando la respuesta no es SI ó NO; sino otras cosas, por ejemplo: valores, nombres…Por ejemplo: ¿sabes cuál es el valor normal de la PVC? **PRM** **68. PREGUNTAS FISCALIZADORAS:** suelen utilizarse para comprobar los conocimientos del estudiante en sentido normativo, para colocarle en tela de juicio. Suelen tener un tono de reproche. **PRF**

Tabla 10: Definición y codificación de categorías

Para que nos hagamos una idea de la presencia de cada una de las categorías en corpus de datos, se presentan unas tablas de frecuencias de cada una de ellas, con la finalidad de presentar un análisis cuantitativo. Para ello, se consideraron **CATEGORÍAS RELEVANTES (TABLA 11)** las que cuentan con más de 50 unidades de significado asociadas, **CATEGORÍAS FRECUENTES (TABLA 12)**, las que cuenten con 20-50 unidades de significado en los datos y **CATEGORÍAS POCO FRECUENTES (TABLA 13)** las que tengan asignadas menos de 20 unidades de significado. Parece importante aclarar, que la importancia o relevancia de las categorías no sólo viene determinada por la presencia en el corpus de datos, sino también por su pertinencia en esta investigación en particular y si están avalados por el marco teórico y el discurso de los distintos autores.

Nº ORDEN	Nº CAT	CODIGO	CATEGORÍAS RELEVANTES	Nº UNIDADES SIGNIFICADO
1	3	YTU	¿Y TÚ QUÉ HARÍAS?	84
2	11	CRG	CONVERSACIONES REFLEXIVAS GUIADAS	266
3	16	ANI	ANTIPACIÓN DE INTENCIONES	129
4	17	RCC	RECURSOS DE CONSTRUCCION DE CONOCIMIENTO	105
5	12	RFA	REFLEXION EN LA ACCIÓN	124
6	2	LEG	LEGADO EXPERIENCIAL	238
7	21	ERR	¿PERMITIR EL ERROR?	67
8	24	ESN	LO ESENCIAL DEL CUIDADO	114
9	38	REL	RELACIÓN TUTOR-ESTUDIANTE	177
10	39	APM	APRENDIZAJE MUTUO	77
11	49	SPP	SÉ QUÉ PUEDO PREGUNTAR	719
12	18	REF	REFUERZO POSITIVO	231
13	58	PRP	PREGUNTAS REFLEXIVAS PURAS	162
14	20	DIT	DIFICULTADES EN LA TUTORÍA	130
15	52	LOQ	LO QUÉ IMPORTA EN EL CUIDADO	127
16	32	OFI	EL OFICIO DEL CUIDADO	95
17	65	PRI	PREGUNTAS INDAGADORAS	92
18	7	COP	CONEXIONES PRÁCTICAS	189
19	26	ACO	ACOMPAÑAMIENTO DEL TUTOR	57

Tabla 11: Categorías relevantes de la investigación

Nº ORDEN	Nº CAT	CODIGO	CATEGORÍAS FRECUENTES	Nº UNIDADES SIGNIFICADO
1	1	CTU	CIERRE TUTORÍA	33
2	9	EMP	EMPATÍA DIDACTICA	30
3	10	NEG	NEGOCIACIÓN DE LENGUAJE PROFESIONAL	40
4	15	MRE	MOMENTOS DE RECAPITULACIÓN	39
5	19	ACE	ASEGURAR LA COMPRENSIÓN DEL ESTUDIANTE	43
6	29	AUT	AUTONOMÍA	47
7	13	ATE	ATENCIÓN FLOTANTE	41
8	14	PAR	PARAFRASIS REFLEXIVA	37
9	54	VTE	VALORACIONES DE TUTORÍA SEGÚN ESTUDIANTES	28
10	6	CPE	CONOCIMIENTO PRÁCTICO-EXPERTO	47
11	25	DEL	DELEGAR ACTIVIDADES	48
12	5	EJE	EJEMPLOS	35
13	8	PAT	PERSONALIZACION DE LA ACCION TUTORIAL	39
14	27	VAM	VAMOS A...	43
15	35	FGT	FIGURA DE TUTOR	28
16	44	PLA	PLANIFICACION COLABORATIVA DE ACTIVIDADES	31
17	45	DEA	DESARROLLO DE ACTIVIDADES	46
18	47	ANC	ANALISIS COLABORATIVO DE ACTIVIDADES	22
19	42	DFA	DIFICULTADES APRENDIZAJE	45
20	60	PRT	PREGUNTAS RETORICAS	25
21	61	SEP	SERIE DE PREGUNTAS	40

22	62	FRI	FRASES INACABADAS	39
23	63	PRD	PREGUNTAS DIRIGIDAS	48
24	64	PRO	PREGUNTAS ORIENTADORAS	38
25	33	MOT	MOTIVACION DEL TUTOR	49
26	36	CUT	CUALIDADES TUTORES	41
27	43	MIR	LA MIRADA DEL DEBUTANTE	49
28	50	SEA	SE APRENDE CUANDO	50
29	28	IDE	IDENTIDAD PROFESIONAL	28

Tabla 12: Categorías frecuentes de la investigación

Nº ORDEN	Nº CAT	CODIGO	CATEGORÍAS POCO FRECUENTES	Nº UNIDADES SIGNIFICADO
1	41	SIL	SILENCIO PEDAGOGICO	14
2	53	VTT	VALORACIÓN DE TUTORÍA SEGÚN TUTORES	18
3	4	YVI	YO VI UNA VEZ...	5
4	55	VEX	VALOR DE LA EXPERIENCIA	10
5	40	BRE	BRECHA PRÁCTICA-TEORÍA	15
6	22	ESP	ESPEJO PROFESIONAL	3
7	23	SUJ	EL ESTUDIANTE COMO SUJETO	18
8	31	COP	¿COMPLICIDAD?	10
9	46	ANI	ANÁLISIS INDIVIDUAL ACTIVIDADES	16
10	59	PCP	PREGUNTAS QUE RESPONDEN CON PREGUNTAS	10
11	66	PRA	PREGUNTAS ACLARATORIAS	6
12	67	PRM	PREGUNTAS RESPONDEN CON MONOSILABOS	12
13	68	PRF	PREGUNTAS FISCALIZADORAS	4

14	34	FOT	FORMACION DEL TUTOR	15
15	48	INS	INSEGURIDAD PACIENTE	13
16	52	COM	COMPAÑERISMO	2
17	56	MOE	MOTIVACION DEL ESTUDIANTE	4
18	57	FOE	FORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	3
19	37	CUE	CUALIDADES ESTUDIANTES	19
20	30	DON	DONACIONES DEL TUTOR	18

Tabla 13: Categorías poco frecuentes de la investigación

2. Segundo nivel de análisis: las metacategorías

Tras la definición de las 68 categorías identificadas en el corpus de datos, se trató de avanzar en un segundo nivel de profundización del análisis para conseguir identificar los **NÚCLEOS TEMÁTICOS EMERGENTES O METACATEGORIAS.** Este segundo nivel de análisis consistió en la agrupación y estructuración de las 68 categorías que habían emergido en el primer nivel. Tras un proceso de comparación intercategorías en el que se buscaron similitudes estructurales, teóricas, se definieron 8 metacategorías que se enumeran y se describen a continuación (tabla 14):

METACATEGORÍAS	
1	REFLEXION COMO FUENTE DE APRENDIZAJE
2	EXPERIENCIA COMO FUENTE DE APRENDIZAJE
3	RELACIÓN TUTOR/A-ESTUDIANTE
4	ACTIVIDADES PEDAGÓGICAS
5	EL ARTE DE LA PREGUNTA
6	EL ROL DEL TUTOR/A
7	EL ROL DEL ESTUDIANTE
8	EL LEGADO DE LA IDENTIDAD PROFESIONAL

Tabla 14: Enumeración y exposición de las metacategorías

Una vez identificadas las metacategorías o las líneas argumentales que recorrían el primer nivel de análisis, se procedió a definir cada una de ellas (tabla 15):

METACATEGORIA	DEFINICIÓN
REFLEXION COMO FUENTE DE APRENDIZAJE	Estaría compuesto por todas aquellas categorías que hacen referencia al valor de la reflexión en la construcción del aprendizaje significativo tanto del estudiante como del tutor. Sobre todo, serían las estrategias reflexivas y de tutoría que utiliza el tutor para ayudar al estudiante y las estrategias o mecanismos que utilizan ambos para reflexionar sobre aspectos de la práctica.
EXPERIENCIA COMO FUENTE DE APRENDIZAJE	Estaría compuesto por todas aquellas categorías que hacen referencia al valor de la experiencia en la construcción del aprendizaje significativo práctico del estudiante. Sobre todo, serían las estrategias que utiliza el tutor, su conocimiento experto-práctico, para ayudar al estudiante a conectar con la práctica, experimentando en primera persona las vivencias y situaciones del mundo profesional,

	estableciendo nexos de unión con la teoría, adquiriendo la consciencia de la práctica en todo ello con el acompañamiento del tutor.
RELACION TUTOR-ESTUDIANTE	Este dominio haría referencia a los diferentes tipos de relaciones que se establecen entre tutor y estudiante durante las prácticas clínicas y los factores que la influencian, identificando el tipo de relación o los tipos más facilitadores para que el estudiante aprenda en el seno de la práctica reflexiva. Además se incluirían las distintas fases que surgen en la relación pedagógica y cómo es el tipo de aprendizaje en cada una de ellas.
ACTIVIDADES PEDAGÓGICAS	Aquellas actividades o situaciones de la práctica que favorecen que el estudiante aprenda, identificando las más favorables en el contexto práctico
EL ARTE DE LA PREGUNTA	En este dominio estarían incluidos los distintos tipos de preguntas o las diferentes formas de preguntar de los tutores, identificando las formas que favorecen que el estudiante reflexione y alcance el aprendizaje por el mismo y tratando de identificar las que coartan la libertad del estudiante y toda posibilidad de reflexión personal.
ROL DEL TUTOR	Aquellos aspectos que configuran el rol que debe o puede ejercer y desempeñar el tutor en la relación con el alumno para favorecer el aprendizaje del estudiante y el enriquecimiento mutuo.
ROL DEL ESTUDIANTE	Aquellos aspectos que configuran el rol que debe o puede ejercer y desempeñar el estudiante en la relación con el tutor y de qué manera influyen en aprendizaje y en el enriquecimiento mutuo.
LEGADO DE LA IDENTIDAD PROFESIONAL	Situaciones de la práctica que reflejan y dejan patente la identidad de la enfermería como profesión, la situación de los cuidados profesionales y la necesidad de transmitir ese legado a los estudiantes.

Tabla 15: Definición y descripción de los núcleos temáticos o metacategorías

Seguidamente, se exponen cada una de las metacategorías identificadas y definidas, con sus categorías asociadas y, a su vez, con el nº de unidades de significado asociadas a cada categoría:

METACATEGORIA 1: REFLEXION COMO FUENTE DEL APRENDIZAJE

Nº ORDEN	Nº CAT	CODIGO	CATEGORÍAS	Nº UNIDADES SIGNIFICADO
1	1	CTU	CIERRE TUTORÍA	33
2	3	YTU	¿Y TÚ QUÉ HARÍAS?	84
3	9	EMP	EMPATÍA DIDACTICA	30
4	10	NEG	NEGOCIACIÓN DE LENGUAJE PROFESIONAL	40
5	11	CRG	CONVERSACIONES REFLEXIVAS GUIADAS	266
6	15	MRE	MOMENTOS DE RECAPITULACIÓN	39
7	16	ANI	ANTIPACIÓN DE INTENCIONES	129
8	17	RCC	RECURSOS DE CONSTRUCCION DE CONOCIMIENTO	105
9	19	ACE	ASEGURAR LA COMPRENSIÓN DEL ESTUDIANTE	43
10	29	AUT	AUTONOMÍA	47
11	41	SIL	SILENCIO PEDAGOGICO	14
12	12	RFA	REFLEXION EN LA ACCIÓN	124
13	13	ATE	ATENCION FLOTANTE	41
14	14	PAR	PARAFRASIS REFLEXIVA	37
15	53	VTT	VALORACIÓN TUTORÍA SEGÚN TUTORES	18
16	54	VTE	VALORACIÓN TUTORÍA SEGÚN ESTUDIANTES	28

Tabla 16: Metacategoría 1 con categorías asociadas

METACATEGORIA 2: EXPERIENCIA COMO FUENTE DE APRENDIZAJE

Nº ORDEN	Nº CAT	CODIGO	CATEGORÍAS	Nº UNIDADES SIGNIFICADO
1	2	LEG	LEGADO EXPERIENCIAL	238
2	4	YVI	YO VI UNA VEZ	5
3	6	CPE	CONOCIMIENTO PRÁCTICO-EXPERTO	47
4	21	ERR	¿PERMITIR EL ERROR?	67
5	24	ESN	LO ESENCIAL DEL CUIDADO	114
6	25	DEL	DELEGAR ACTIVIDADES	48
7	26	ACO	ACOMPAÑAMIENTO DEL TUTOR	57
8	55	VEX	VALOR DE LA EXPERIENCIA	10
9	5	EJE	EJEMPLOS	35
10	7	COP	CONEXIONES PRÁCTICAS	189
11	40	BRE	BRECHA PRÁCTICA-TEORÍA	15

Tabla 17: Metacategoría 2 con categorías asociadas

METACATEGORIA 3: RELACION TUTOR ESTUDIANTE

Nº ORDEN	Nº CAT	CODIGO	CATEGORÍAS	Nº UNIDADES SIGNIFICADO
1	8	PAT	PERSONALIZACION DE LA ACCION TUTORIAL	39
2	22	ESP	ESPEJO PROFESIONAL	3
3	23	SUJ	EL ESTUDIANTE COMO SUJETO	18
4	27	VAM	VAMOS A...	43
5	31	COP	COMPLICIDAD	10
6	35	FGT	FIGURA DE TUTOR	28
7	38	REL	RELACIÓN TUTOR-ESTUDIANTE	177
8	39	APM	APRENDIZAJE MUTUO	77
9	49	SPP	SÉ QUE PUEDO PREGUNTAR	719
10	18	REF	REFUERZO POSITIVO	231

Tabla 18: Metacategoría 3 con categorías asociadas

METACATEGORIA 4: ACTIVIDADES PEDAGÓGICAS

Nº ORDEN	Nº CAT	CODIGO	CATEGORÍAS	Nº UNIDADES SIGNIFICADO
1	44	PLA	PLANIFICACION COLABORATIVA DE ACTIVIDADES	31
2	45	DEA	DESARROLLO DE ACTIVIDADES	46
3	46	ANI	ANÁLISIS INDIVIDUAL ACTIVIDADES	16
4	47	ANC	ANALISIS COLABORATIVO DE ACTIVIDADES	22
5	50	SEA	SE APRENDE CUANDO...	50
6	42	DFA	DIFICULTADES APRENDIZAJE	45

Tabla 19: Metacategoría 4 con categorías asociadas

METACATEGORIA 5: EL ARTE DE LA PREGUNTA

Nº ORDEN	Nº CAT	CODIGO	CATEGORÍAS	Nº UNIDADES SIGNIFICADO
1	58	PRP	PREGUNTAS REFLEXIVAS PURAS	162
2	59	PCP	PREGUNTAS QUE RESPONDEN CON PREGUNTAS	10
3	60	PRT	PREGUNTAS RETORICAS	25
4	61	SEP	SERIE DE PREGUNTAS	40
5	62	FRI	FRASES INACABADAS	39
6	63	PRD	PREGUNTAS DIRIGIDAS	48
7	64	PRO	PREGUNTAS ORIENTADORAS	38
8	65	PRI	PREGUNTAS INDAGADORAS	92
9	66	PNR	PREGUNTAS ACLARATORIAS	6
10	67	PMO	PREGUNTAS RESPONDEN CON MONOSILABOS	12
11	68	PFI	PREGUNTAS FISCALIZADORAS	4

Tabla 20: Metacategoría 5 con categorías asociadas

METACATEGORIA 6: ROL DEL TUTOR

Nº ORDEN	Nº CAT	CODIGO	CATEGORÍAS	Nº UNIDADES SIGNIFICADO
1	20	DIT	DIFICULTADES TUTORÍA	130
2	33	MOT	MOTIVACION DEL TUTOR	49
3	34	FOT	FORMACION DEL TUTOR	15
4	30	DON	DONACIONES DEL TUTOR	18
5	36	CUT	CUALIDADES TUTORES	41

Tabla 21: Metacategoría 6 con categorías asociadas

METACATEGORIA 7: ROL DEL ESTUDIANTE

Nº ORDEN	Nº CAT	CODIGO	CATEGORÍAS	Nº UNIDADES SIGNIFICADO
1	32	OFI	EL OFICIO DEL CUIDADO	95
2	43	MIR	LA MIRADA DEL DEBUTANTE	49
3	48	INS	INSEGURIDAD PACIENTE	13
4	52	COM	COMPAÑERISMO	2
5	56	MOE	MOTIVACION DEL ESTUDIANTE	4
6	57	FOE	FORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	3
7	37	CUE	CUALIDADES ESTUDIANTES	19

Tabla 22: Metacategoría 7 con categorías asociadas

METACATEGORIA 8: LEGADO IDENTIDAD PROFESIONAL

Nº ORDEN	Nº CAT	CODIGO	CATEGORÍAS	Nº UNIDADES SIGNIFICADO
1	28	IDE	IDENTIDAD PROFESIONAL	28
2	51	LOQ	LO QUE IMPORTA EN EL CUIDADO	127

Tabla 23: Metacategoría 8 con categorías asociadas

El siguiente paso fue elaborar una tabla (tabla 24) en la que se especificaran los porcentajes que representaban cada una de las metacategorías, con sus categorías y sus unidades de significado, en el corpus de datos:

METACATEGORÍA	Nº CATEGORÍAS	%	Nº UNIDADES SIGNIFICADO	%
REFLEXION COMO FUENTE DE APRENDIZAJE	16	24,7%	1078	23,8%-24%
EXPERIENCIA COMO FUENTE DE APRENDIZAJE	11	15,9%	825	18,2%-18%
RELACION TUTOR-ESTUDIANTE	10	14,5%	1345	29,8%-30%
ACTIVIDADES PEDAGOGICAS	6	8,7%	210	4,6%-5%
EL ARTE DE LA PREGUNTA	11	15,9%	476	10,5%10%
ROL DEL TUTOR	5	7,2%	253	5,6%-6%
ROL DEL ESTUDIANTE	7	10,1%	185	4,1%-4%
LEGADO DE LA IDENTIDAD PROFESIONAL	2	3%	155	3,4%-3%
TOTAL	**69**	100%	**4527**	100%

Tabla 24: Porcentajes de cada uno de los 3 niveles de análisis

3. Tercer nivel de análisis: dominios o vectores cualitativos

Por último, se procedió a buscar relaciones o asociaciones de la información obtenida en la investigación bajo el marco del pensamiento complejo y de la revisión de la literatura. Este tercer nivel de análisis supuso la integración e interpretación de los resultados en **VECTORES CUALITATIVOS O DOMINIOS,** serían mis interpretaciones de las interpretaciones de los participantes, a la luz del marco teórico construido previamente.

En todo el proceso se ha llevado a cabo una descomposición inicial de los datos, desde una perspectiva emic, que serían los conceptos de primer orden o dimensión descriptiva del análisis, a una posterior reconstrucción desde una perspectiva etic, conceptos de segundo orden o dimensión interpretativa del análisis (Medina y do Prado, 2009).

La codificación fue refinándose constantemente durante todo el análisis mediante la lectura detallada y reiterada de los datos (Smith y Firth, 2011).

Como resultado del análisis secuencial y transversal de las metacategorías, el último eslabón del análisis fue la identificación de los dominios o vectores cualitativos que recogieron, ordenaron y facilitaron la lectura e interpretación de los datos y que recorrían el corpus de datos de forma transversal (Medina, Jarauta y Urquizu, 2005).

Los vectores cualitativos o dominios identificados fueron:

- **LA RELACIÓN PEDAGÓGICA**
- **EL APRENDIZAJE EXPERIENCIAL**
- **EL APRENDIZAJE REFLEXIVO**

La relación de estos vectores cualitativos o dominios con el cuidado profesional y su legado, se intenta representar en el siguiente gráfico (gráfico 2):

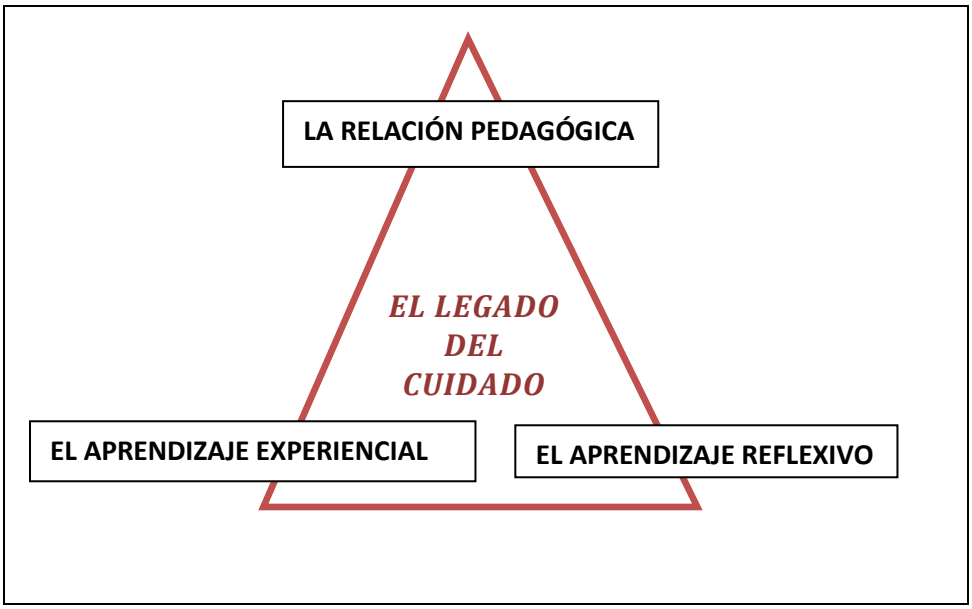

Gráfico 2: Vectores cualitativos

El gráfico siguiente (gráfico 3) representaría el esquema de comportamiento de los 3 vectores entre sí. El legado del cuidado se produce en el seno de la relación pedagógica entre el tutor y el estudiante, en el cual, la experiencia juega un papel muy importante y, más aun, la reflexión. De tal manera, que el aprendizaje de l estudiante no puede ocurrir, sin que la reflexión y experiencia estén presentes en esa relación.

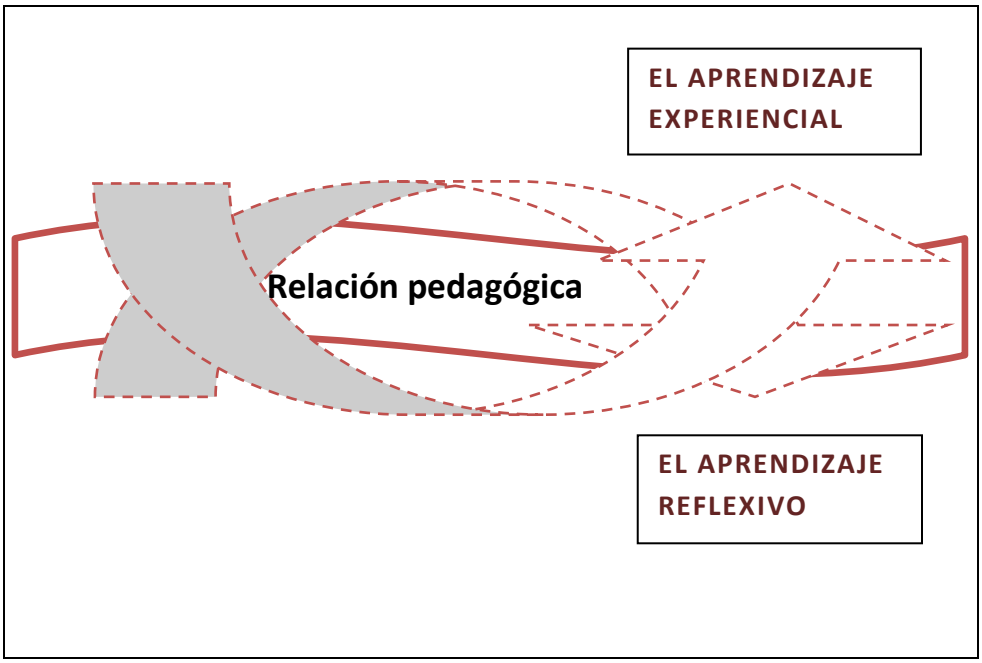

Gráfico 3: Relación entre los vectores cualitativos

La relación final entre categorías, metacategorías y dominios o vectores cualitativos, quedaría expuesta en la siguiente tabla (tabla 25):

DOMINIOS	META-CATEGORIAS	CATEGORIAS
RELACIÓN PEDAGÓGICA	RELACION TUTOR-ESTUDIANTE	PERSONALIZACION DE LA ACCION TUTORIAL
		ESPEJO PROFESIONAL
		EL ESTUDIANTE COMO SUJETO
		VAMOS A...
		COMPLICIDAD
		FIGURA DE TUTOR
		RELACIÓN TUTOR-ESTUDIANTE
		APRENDIZAJE MUTUO
		SÉ QUE PUEDO PREGUNTAR
		REFUERZO POSITIVO
	ROL DEL TUTOR	DIFICULTADES TUTORÍA
		MOTIVACION DEL TUTOR
		FORMACION DEL TUTOR
		DONACIONES DEL TUTOR
		CUALIDADES TUTORES
	ROL DEL ESTUDIANTE	EL OFICIO DEL CUIDADO
		LA MIRADA DEL DEBUTANTE
		INSEGURIDAD PACIENTE
		COMPAÑERISMO
		MOTIVACION DEL ESTUDIANTE
		FORMACIÓN DEL ESTUDIANTE
		CUALIDADES ESTUDIANTES

APRENDIZAJE EXPERIENCIAL	EXPERIENCIA COMO FUENTE DE APRENDIZAJE	LEGADO EXPERIENCIAL
		YO VI UNA VEZ
		CONOCIMIENTO PRÁCTICO-EXPERTO
		¿PERMITIR EL ERROR?
		LO ESENCIAL DEL CUIDADO
		DELEGAR ACTIVIDADES
		ACOMPAÑAMIENTO DEL TUTOR
		VALOR DE LA EXPERIENCIA
		EJEMPLOS
		CONEXIONES PRÁCTICAS
		BRECHA PRÁCTICA-TEORÍA
	LEGADO DE LA IDENTIDAD PROFESIONAL	IDENTIDAD PROFESIONAL
		LO QUE IMPORTA EN EL CUIDADO

APRENDIZAJE REFLEXIVO	REFLEXION COMO FUENTE DE APRENDIZAJE	CIERRE TUTORÍA
		¿Y TÚ QUÉ HARÍAS?
		EMPATÍA DIDACTICA
		NEGOCIACIÓN DE LENGUAJE PROFESIONAL
		CONVERSACIONES REFLEXIVAS GUIADAS
		MOMENTOS DE RECAPITULACIÓN
		ANTIPACIÓN DE INTENCIONES
		RECURSOS DE CONSTRUCCION DE CONOCIMIENTO
		ASEGURAR LA COMPRENSIÓN DEL ESTUDIANTE
		AUTONOMÍA
		SILENCIO PEDAGOGICO
		REFLEXION EN LA ACCIÓN
		ATENCION FLOTANTE
		PARAFRASIS REFLEXIVA
		VALORACIÓN TUTORÍA TUTORES
		VALORACIÓN TUTORÍA ALUMNOS
	EL ARTE DE LA PREGUNTA	PREGUNTAS REFLEXIVAS PURAS
		PREGUNTAS QUE RESPONDEN CON PREGUNTAS
		PREGUNTAS RETORICAS
		SERIE DE PREGUNTAS
		FRASES INACABADAS

		PREGUNTAS DIRIGIDAS
		PREGUNTAS ORIENTADORAS
		PREGUNTAS INDAGADORAS
		PREGUNTAS ACLARATORIAS
		PREGUNTAS RESPONDEN CON MONOSILABOS
		PREGUNTAS FISCALIZADORAS
	ACTIVIDADES PEDAGÓGICAS	PLANIFICACION COLABORATIVA DE ACTIVIDADES
		DESARROLLO DE ACTIVIDADES
		ANÁLISIS INDIVIDUAL ACTIVIDADES
		ANALISIS COLABORATIVO DE ACTIVIDADES
		SE APRENDE CUANDO...
		DIFICULTADES APRENDIZAJE

Tabla 25: Relación entre dominios, metacategorías y categorías

CAPÍTULO 6.

LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN. EL INFORME FINAL

CAPÍTULO 6. LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN. EL INFORME FINAL

El inicio del discurso de los resultados girará en torno a los tres dominios o vectores cualitativos, que como se ha indicado con anterioridad recorren el discurso de forma transversal y que no pueden analizarse de forma independiente sino interrelacionados.

Las reflexiones posteriores a la identificación de los vectores cualitativos tuvieron que ver con la revisión de puntos relevantes del marco teórico presentado previamente, además de dar respuesta a los interrogantes que fueron planteados al inicio de la investigación.

Además, dada la naturaleza compleja del fenómeno de estudio, de su complejidad, de su contexto, de las relaciones humanas que se establecen entre los tutores y los estudiantes, parecía necesario hacer el esfuerzo de ofrecer una visión totalizadora, integral y realista de todo lo que acontece en la formación práctica de los estudiantes y cómo se produce ese aprendizaje desde el punto de vista de los protagonistas y qué beneficios aporta el enfoque de tutoría clínica reflexiva. Es por ello, que los resultados se presentaron organizados en tres grandes bloques:

1. LA TUTORÍA PRÁCTICO-REFLEXIVA COMO RELACIÓN PEDAGÓGICA
2. EL LEGADO DEL CUIDADO COMO APRENDIZAJE EXPERIENCIAL
3. EL LEGADO DEL CUIDADO COMO APRENDIZAJE REFLEXIVO

Comenzaré a desarrollar cada uno de los puntos anteriores, apoyándome, para ello, en tres perspectivas: el discurso de los protagonistas, el discurso de los distintos autores y mis propias reflexiones como investigadora.

LA TUTORÍA PRÁCTICO-REFLEXIVA COMO RELACIÓN PEDAGÓGICA

1.1 Los diferentes roles de los protagonistas

Una de las ventajas de la tutorización práctica reflexiva recae en el papel protagonista que adoptan los tutores y los estudiantes. Los tutores han de ser conscientes de que sus comportamientos y su forma de actuar, influirán en el aprendizaje de los estudiantes y tienen la responsabilidad de guiar al estudiante durante sus prácticas. Para ello, tendrá que tratarse de expertos profesionales, expertos en relaciones humanas y personas con determinadas cualidades que favorezcan el establecimiento de vínculos con el estudiante en la relación pedagógica.

El estudiante, acostumbrado a adoptar un papel pasivo en su aprendizaje se convierte en el protagonista de su periodo formativo. El que aprenda, no dependerá sólo de su tutor, sino de su propia voluntad. Al estudiante, en este tipo de tutoría, se le coloca en las mejores condiciones para que aprenda, pero será él mismo, el que tenga que reflexionar, aprender a pensar, cambiar las perspectivas, y todo ello bajo la atenta mirada de su tutor. Esa es la principal diferencia con respecto a la tutorización tradicional, que el estudiante ya no está sólo. Su tutor le acompaña, su tutor le enseña a graduar y enfocar la mirada, su tutor le interroga, su tutor le corrige, pero es él, el que alcanza el descubrimiento de sus ideas, el que aprende de sus errores, el que decide que alternativa utilizar y la argumenta, el que revisa su pensamiento...y todo eso con un fin; alcanzar las herramientas necesarias para llegar ha convertirse, con el tiempo, en un profesional práctico experto y reflexivo.

Para explicar este proceso comenzaré a desarrollar cada uno de los roles que ambos, tutores y estudiantes, desempeñan a lo largo de la relación pedagógica, que establecen durante el aprendizaje práctico de los estudiantes.

1.1.1 El rol del tutor

1.1.1.1 El tutor como "experto". El conocimiento experto como guía del aprendizaje del estudiante

En la relación pedagógica que se establece entre estudiantes y tutores merece la pena destacar el papel que los tutores adoptan y que guía en términos de aprendizaje al estudiante. El estudiante aprende con un profesional experto, en el que la experiencia y el conocimiento práctico juegan un papel fundamental en el desarrollo de ese aprendizaje de los alumnos.

El tutor se comporta como un profesional práctico-experto que debe mostrar ese conocimiento tácito y oculto del que son portadores, aunque manifiestan dificultades para transmitir su legado:

> *"T1: Si es la primera vez que he estado en contacto con el alumno, yo la voy a canalizar* (la vía) *y le iré explicando lo que yo hago, lo que yo entiendo que hago, porque es que hay muchas cosas que las hacemos de forma inmediata y sin pensar y no nos damos cuenta... porque mira ves, estiro la piel, ves que no lo hago en un ángulo, pero claro, hay muchas cosas, que no me puedo dar cuenta en el ángulo en el que meto, porque es que lo hago solo" (PET-17-3)*

Este conocimiento experto y tácito guía el aprendizaje del estudiante, pues en muchas ocasiones, tiene la capacidad de anticiparse. Mediante la anticipación, el tutor comparte sus vivencias y experiencias de su cotidianidad profesional,

para que sirvan como material didáctico al estudiante. El tutor pone su propia experiencia a disposición del alumno. Las situaciones que vive el estudiante, ya han sido vividas anteriormente por el tutor, el cual ha aprendido de ellas, igual que ahora es el estudiante el que aprende de las experiencias y vivencias del tutor:

> *"T1: A la vez que ellos van a pinchar yo observo el brazo del enfermo, entonces sé más o menos, los problemas que se van a encontrar porque echas un vistazo y por lo menos le orientas* (al alumno)*" (PET-20-2)*
>
> *"T1: eso evidentemente me lo da la experiencia, porque claro hay cosas que digo, como haga esto, le va a pasar, porque es que antes me ha pasado a mí" (PET-9-3)*
>
> *"T: el truco para las llaves de tres pasos, es que las muevas 1º, todas hemos perdido vías por eso" (QOB9-4-12)*
>
> *"T1: Recuerda anotar también los 10 ml del urocultivo, que en esta paciente es muy importante. Es importante que cuando abras la válvula del recipiente horario te acuerdes de cerrarla, antes a mí se me ha olvidado" (POB3-10-4)*

La naturaleza práctica del conocimiento profesional de los tutores fluye de forma continua a través de cada una de las actividades que el estudiante realiza en las prácticas clínicas. Los tutores transmiten con cada cuidado ese conocimiento experiencial del que son portadores. Pero es importante, que ese conocimiento permita cierto nivel de autonomía y de libertad al estudiante, para que sea capaz de reflexionar y pensar por el mismo cuáles son

los beneficios, cuáles los inconvenientes de esa acción profesional o de esa forma de actuar:

> "[La alumna comienza a retirar el resto de las grapas]. *T: ayúdate tirando de la piel hacia abajo.* [A la alumna, una de las grapas se la parte por la mitad. La tutora le dice que no pasa nada, que tire de la otra mitad]. *T: me dejas un momento. A: sí T: para que no te pase eso, introduce más el quita grapas, para que no se rompan las grapas. Mira así. Ahora tú." (QOB12-2-(2-6))*

Los estudiantes valoran muy positivamente esta expertía de los tutores, ven en sus tutores, los profesionales en los que les gustaría convertirse. Esto es importante, pues significa que el tutor está siendo valorado por el estudiante de forma muy positiva, ven en el tutor, un profesional del que aprender y alguien en quién poder llegar a convertirse, alguien en quién les gustaría verse reflejados:

> *"A2: ...cuando tu ves a una enfermera que tiene una tranquilidad, que está todo el mundo revolucionado* (se refiere a situaciones de emergencia) *y la enfermera la ves que tiene tranquilidad, que hace las cosas tranquilamente sin estresarse, entonces dices, qué guay, a mí me gustaría ser así" (P-GDA-14-4)*

> *"A2:...saben mucho y se preocupan de que aprendamos cosas, son muy independientes, hasta algunos médicos les preguntan cosas a ellas. Y ellas, si tienen que decir que no hacen algo, exponiendo sus razones, lo dicen a quien sea. Y yo pienso, ¡cuando seré yo capaz de poder hacer eso! (POB5-7-4)*

Ese conocimiento experto y práctico proporciona a los tutores la capacidad de extraer lo esencial del cuidado, siendo capaces de transmitírselo al estudiante, que lo valora como tal, como lo básico de cada situación y que le sirve como punto de partida de reflexiones futuras, ayudándole a detenerse en lo más importante de cada situación práctica. Los estudiantes, en su rol de debutantes, no pueden tener la capacidad de distinguir los cuidados esenciales de aquellos que no lo son tanto. Estas orientaciones de los tutores, en el contexto de un paciente, de un cuidado o de una unidad, les ayudan en la ardua tarea de la priorización, les ayudan a intentar discernir lo importante, de aquello que no lo es tanto y que surgirá con los años futuros de experiencia profesional. El tutor con esto, proporciona al estudiante los salvavidas que le ayudarán a mantenerlos a flote en la incertidumbre del cuidado. Esta capacidad de los tutores, no es fácil, pues en algunas ocasiones el nivel de exigencia es tan elevado, que lo que se espera de los estudiantes es lo propio de un profesional con alto nivel competencial, pero aunque sea complicado elegir lo fundamental, si hay alguien capaz de hacerlo, esos son los profesionales tutores, que además de conocer profundamente la complejidad del mundo profesional, también conviven con los estudiantes y conocen cuáles son sus necesidades en los inicios, porque ellos ya han vivido esa situación. Estas capacidades de los tutores, sobre todo, son útiles cuando pueden realizarse cuidados de multitud de formas diferentes y todas pueden ser correctas. El tutor intenta que el estudiante se quede con la sustancia del cuidado y no con la forma de llevarlo a cabo, pero, y esto es lo más importante, de tal manera que no se merme su libertad y su creatividad profesional. Se trata, de enseñar a cuidar de manera cuidadosa.

Los estudiantes son conscientes de los beneficios que les aporta que su tutor sea capaz de mostrarles la esencia del cuidado y les señale lo importante de una determinada situación, que a ellos, por su inexperiencia, seguro se les pasaría por alto:

> *"A1:...que sea la tutora la que me diga pues lo más importante de esto es que te fijes en esto o en esto otro, aunque luego tú te lo mires..." (PGR-7-5)*

Algunos de esos énfasis en los aspectos esenciales del cuidado son los siguientes:

> *"T1: eso es lo que quería que vieses, que el dosiflow© regula las gotas, pero que para que caiga el suero al ritmo que queremos, el dosiflow© tenemos que graduarlo mucho más alto, no se corresponde la teoría y la graduación del aparato, con la realidad de la infusión." (POB2-4-4)*

> *"T1: por eso es importante vigilar el balance en esta Sra. Y esta noche no lo habían hecho, pero en esta señora es fundamental." (POB3-4-3)*

> *"T1: sólo quiero que seas consciente de que su respiración, a pesar de estar taquipneico es diferente a la de un paciente con una patología respiratoria." (POB3-12-10)*

> *"T: es importante en estos pacientes que han sufrido una cirugía, que no tengan nada de dolor, se van a ir a casa y no tienen por qué tener dolor aunque hayan sufrido una cirugía mayor ambulatoria." (C-TUT-MAI-10-8)*

"T: de lo que se trata de que tú valores que apósito poner, que está sangrando, apósitos de gasas, que no sangra apósitos transparentes y así, vas valorando el punto de inserción continuamente" (UEM-TUT-JL-5-3)

"T: vale y también porque nunca se puede transfundir con fiebre y si durante la transfusión ha tenido una reacción transfusional tenemos una comparación, pero principalmente porque nunca se puede transfundir con fiebre." (Q-TUT-VAN-2-4)

"T: y nunca coger la de la boca para meterla a través del tubo porque todos los microorganismos, todos los bichillos de la boca, los metes a través del tubo" (UEM-TUT-M1-7-15)

1.1.1.2 El tutor como "guía". Acompañar o delegar: un equilibrio necesario para el aprendizaje del estudiante

Merece especial atención el papel, que el tutor como acompañante tiene que desempeñar durante la relación pedagógica que se establece con los estudiantes durante las prácticas clínicas. Los tutores tienen que ser capaces de distinguir las situaciones en las que el estudiante necesita tenerle cerca, acompañarle en las distintas actividades que realice y las actividades que puede y quiere realizar por el mismo, sin esa presencia del tutor. Normalmente, esto tiene que ver con el tiempo de relación entre ambos, el grado de confianza, con la actividad que se vaya a realizar, los niveles de complejidad de la misma y el grado de autonomía del alumno. Así, los estudiantes en las fases iniciales, cuando no conocen al tutor, cuando no conocen el funcionamiento o la rutina de la unidad, cuando no han realizado

un determinado cuidado con anterioridad, necesitan la presencia y el acompañamiento del tutor de forma constante, porque se sienten inseguros. Esto resulta básico en los primeros momentos de la relación, para evitar que en el estudiante afloren sentimientos de ser una carga y de estar continuamente persiguiendo a su tutor. Los tutores tienen que tener presente que el estudiante, en estos primeros días, es un ser muy vulnerable, en un medio al que considera hostil y en el que es un extraño. Suelen ser momentos muy duros para el alumno, que conviene duren lo menos posible, porque una vez que se vence la incomodidad inicial, se puede comenzar a hablar de aprendizaje e inicio de la relación pedagógica. Para ello, basta con que el tutor tenga muy presente al estudiante y aunque las condiciones del contexto práctico no sean favorecedoras del aprendizaje, puede ser suficiente con reclamar al estudiante para cualquier actividad que el tutor vaya a realizar. Una simple indicación de que le acompañe, el que se dirijan por su nombre en los inicios, hace que el estudiante se sienta mejor y que se intente adaptar lo antes posible a esa relación con su tutor.

En los momentos posteriores, suele ser un indicativo de que la relación entre tutor y estudiante funciona, cuando el tutor siempre se expresa en primera persona del plural con el estudiante “vamos a...”. Significaría incluir al estudiante en las actuaciones de la práctica como si el binomio tutora-estudiante fuese una misma persona. Implicaría considerar al estudiante como uno más, significaría trabajar en equipo y practicar un tipo de tutoría incursiva. El tutor asume el papel de persona cercana, que se preocupa por el estudiante y por su aprendizaje, planteando unos objetivos con el alumno y en definitiva, estableciendo una relación en la que ambos aprenden uno del otro:

"T4: yo creo que se van a sentir más atendidos o cómo que te interesas por sus prácticas, me da la sensación de que sí, no es como otras veces, vete a..., sino bueno vamos a razonarlo" (C-GDT09-5-8)

"T: ¿*revisamos la medicación*?" (Q-OB2-5-11)

"T: *¿vamos a cambiar ya los sueros R* (el alumno*)? (Q-OB3-3-1)*

Esto significa que ya se han vencido esas dificultades iniciales y el acompañamiento del tutor en algunas situaciones de la práctica, proporciona seguridad al estudiante, que se presenta más relajado ante el paciente y todo eso, se refleja en su actuación posterior.

La sola presencia de los tutores en estas situaciones proporciona confianza y seguridad a los alumnos, aunque no hagan ni digan nada. Si el estudiante no domina la situación, necesita la presencia del tutor, siempre y cuando, la relación pedagógica entre ambos sea de confianza, para que el alumno se sienta apoyado por su tutor y no examinado, ni juzgado en sentido normativo:

"A3: a mí me da miedo, si yo lo hago mal, que pasa, si no estoy segura al cien por cien y aunque esté segura, a mí hay cosas básicas que haces todos los días que dices pues si, voy yo sola, pero poner medicación, yo necesito que la tutora esté conmigo" (P-GDA-5-1)

"A2: Yo para una vía aun prefiero que esté alguien conmigo, pero para una extracción de sangre, considero que puedo ir sola, pero yo, en el momento en que yo veo que no puedo o no debo ir sola, pido que me acompañen" (Q-GDA-8-20)

A medida que el estudiante se familiariza con la unidad, con el tipo de pacientes, con los miembros del equipo, según va adquiriendo seguridad y confianza, su dependencia del tutor va disminuyendo y va aumentando su capacidad de autonomía. Hasta llegar al extremo contrario. Hasta llegar a necesitar ir solos a realizar determinadas actividades, llegando incluso a tomarse la presencia del tutor como un recorte a sus capacidades, como una vigilancia hacia su comportamiento y una falta de confianza del tutor. Cuando un estudiante se siente cómodo y seguro con un determinado cuidado, necesita que el tutor delegue en él, pues esto, es realmente beneficioso para su aprendizaje, para afrontar la responsabilidad del paciente. El estudiante necesita sentirse importante, sentirse capaz de desempeñar el rol profesional y necesita que su tutor confíe y delegue ciertas responsabilidades en él, pues ello, significará que le considera preparado para desempeñar el rol profesional y que puede hacerlo con el nivel de capacidad necesario:

> *"A2: muchas veces nos han dicho que en el momento en que nos dejen ir solas* (las tutoras) *es porque confían en nosotras. Nosotras si tenemos un error, repercute en mi enfermera, así que supongo que es porque se fía de mí." (Q-GDA-9-15)*

Pero esa autonomía, además, es fuente de aprendizaje. Tal y como Eraut (2004) sugiere es difícil separar el aprendizaje del alumno del trabajo que realiza autónomamente de manera cotidiana en los diversos contextos que configuran su aprendizaje.

> *"A5: yo lo que ha dicho ella* (se refiere a otra alumna que ha intervenido anteriormente) *de la confianza, llega un momento en que*

se fían de ti y haces tú todo y eso se agradece porque aprendes de eso." (Q-GDA-3-5)

Las ventajas de este fomento de la autonomía no son desconocidas por las tutoras:

"T: el sentirse ellos útiles y que saben hacerlo y que pueden hacerlo, yo creo que sí les suele motivar y les suele gustar mucho. Les gusta hacer y les gusta manipular y les gusta que les dejes y que...incluso yo creo, que ellos muchas veces entienden que tú, que les dejes hacer cosas, lo entienden también como un poco de confianza ¿no?" (UEM-E-T-4-6)

"T: sí hombre primero hay que explicarlo, sobre todo si no lo han hecho antes, dependiendo de sí es de 2º, 3º, 4º de 1º el chico (se refiere al curso en el que esté el alumno). *Si es de 1º pues a lo mejor tienes que explicar más o explicar menos dependiendo de la base que tengan, pero sí, yo creo que tienen que jugar*[53] *¿no? sino no van a aprender nunca." (UEM-E-T-4-8)*

Desde el punto de vista del tutor, el nivel de autonomía del alumno va aumentando según se estrechan los lazos en la relación pedagógica que se establece entre ambos y el nivel de confianza aumenta:

"T: sobre el tema de delegar, yo creo que delego totalmente, pero además totalmente, cuando yo he observado que lo hacen bien, pero primero observo que lo hacen" (PET-22-2)

[53] Jugar aquí se entiende como actuar. Devolución realizada por la tutora.

El tutor necesita estar seguro de que el estudiante está realmente preparado para que se delegue en él, necesita saber que cuenta con los conocimientos, habilidades y aptitudes imprescindibles para desempeñar las funciones profesionales, pues la responsabilidad última del cuidado será siempre de ellos. Por este motivo, parece necesario que el estudiante esté la mayoría del tiempo con el mismo tutor, pues de otra manera sería muy difícil que ambos llegaran a confiar el uno en el otro. Lo que habitualmente ocurre en las relaciones pedagógicas es que la autonomía del estudiante va aumentando a medida que transcurren los días de convivencia práctica, a medida que se establecen los lazos en la relación tutor-estudiante y a medida que el estudiante se convierte en parte de la unidad y del equipo. Por tanto, es fundamental que los estudiantes no permanezcan periodos de tiempo demasiado cortos en las unidades pues todo lo anteriormente expuesto no llegaría a producirse y no se darían las condiciones imprescindibles para ello.

Algunos tutores no se sienten capaces de delegar ninguna actividad en los estudiantes y, en estos casos, los estudiantes no se sienten realizados, se sienten vigilados continuamente y no dignos de la confianza de su tutor, lo que supone un obstáculo en el aprendizaje del estudiante, en términos de autonomía, creatividad e intuición en el cuidado:

> *"A: ¿hago la cura del 40?* [La alumna estaba acostumbrada a hacerla sola con otros tutores y por eso se lo plantea a la tutora]. *T: sí ahora vamos. Vete preparando el material." (Q-OB16-4-12)*

> *"A5: eso es diferente. "V"* (se refiere a una de las tutoras con las que ha estado) *prefiere ir a hacer todo contigo como vigilando y "B"* (otra de

> las tutoras) *te da más cuerda, tienes más libertad, más tú, más independencia, no sé...” (Q-GDA-12-7)*

El acompañamiento del tutor resulta muy beneficioso en términos del aprendizaje del estudiante, pues permite planificar los cuidados de forma conjunta, permite que se observen mutuamente en la realización de un determinado cuidado, bien al tutor cómo realiza el cuidado el estudiante, bien al estudiante cómo lo realiza su tutor, en algunos casos reflexionando en el mismo momento de la acción o en los momentos posteriores al cuidado:

> “[La tutora coge una batea en la que tiene unas agujas de punción y unos frascos para el envío de muestras]. *T: ¿te acuerdas de lo que teníamos que preparar para la punción? A parte de lo que yo ya llevo, que ya es mucha pista… A: betadine®, gasas, apósitos…” (Q-OB10-1-1)*

> “[Al salir de la habitación] *T: tú tienes que pinchar siempre donde estés segura, que la que tienes que pinchar eres tú. Y cuando veas que comienza a salir sangre ya no hace falta que sigas introduciendo más la cánula.” (Q-OB10-2-13)*

Los estudiantes son conscientes de lo importante que es, que los tutores les expliquen o les aclaren determinados cuidados a posteriori, una vez que han sido llevados a cabo en el paciente:

> *“A5: en los casos de la emergencia que ha expuesto A1* (uno de los alumnos que participan en el grupo de discusión)*, lo bueno es, que cuando termines* (se refiere a la tutora) *explícame lo que has hecho y la próxima vez lo haré yo y sabré porqué, que yo pienso que ahí aprendes a valorar en conjunto al paciente, si pasa esto sé que tengo que hacer*

esto y porque lo tengo que hacer, entonces, no es algo mecánico, es algo que yo sé." (P-GDA-29-5)

Si el acompañamiento del tutor se convirtiera en una rutina durante el periodo práctico del estudiante, éste perdería la oportunidad de desempeñar el rol profesional de forma absoluta. Al estudiante le falta habilidad, le surgen conflictos durante la realización de las actividades que debe aprender a resolver por él mismo, reflexionando en la acción y analizando los beneficios y los prejuicios de las distintas formas de actuar, para luego tener la capacidad de argumentar los motivos que le han llevado a actuar de esa determinada manera sin que su tutor le indique cómo hacerlo. Al estudiante le falta habilidad en determinadas técnicas como pudiera ser, por ejemplo, la canalización venosa, le surgen problemas o dificultades mientras actúa como profesional y su resolución de los dilemas no puede pasar siempre por el apoyo del tutor sujetando la vía, por el recordatorio del tutor de retirar el compresor, por la indicación del tutor de qué apósito utilizar...

"A1: es que con lo de las vías ya al final siempre te faltan manos. A mí por ejemplo "C" (tutora con la que ha estado) *siempre me dice, aunque esté yo aquí, si necesitas algo me lo pides, pero prepárate para hacerlo sola. Y es verdad, te acostumbras a la tutora. Siempre estas dame esto, dame lo otro." (Q-GDA-9-1)*

"A2: cuando nosotras vamos con ellas siempre te ayudan, aún ningún día me han dejado, me ayudan porque a mí me faltan manos y ella también lo hace por mi bien ¿sabes? Pero yo pienso que debería aprender de mis errores. Yo no tengo manos, pues algo haré, me

> *equivocaré, aunque esté a mi lado, que me dejaran ya manejarme sola" (Q-GDA-8-22)*
>
> "[Cuando volvemos al control, otra de las alumnas tiene que ir a sacar una analítica sola, su tutor no va con ella. Ha preparado la batea, parece que va a pinchar con palomilla. No quiere ir sola, pues lleva rato demorándolo para que la acompañe una de sus compañeras. La otra enfermera que hay en la unidad le dice]: *tienes que ir y hacerlo tú sola. A: es que me faltan manos para conectar los tubos. T3: bueno yo voy contigo pero lo haces tú ¿vale?" (Q-OB12-4-(11-13))*

Relacionado con el acompañamiento del tutor y los momentos de reflexión en la acción y sobre la acción, son muchos los tutores y los estudiantes que manifiestan la necesidad de que las explicaciones, indicaciones e incluso los interrogantes de tutores y estudiantes deben de suceder siempre teniendo en cuenta la presencia del paciente. Todo lo anterior, si ocurre delante del paciente suele generar inseguridad y desconfianza e incomodidad en el paciente y en el estudiante que, de repente, se muestra como profesional debutante, con inseguridad, falta de conocimientos y falta de habilidades técnicas:

> *"T5: También el explicar las cosas en la habitación hay veces que da un poco de inseguridad al paciente, a ver me lo va a hacer esta chica* (se refiere a la alumna) *que ahora mismo le están explicando la técnica…" (C-GDT09-4-6)*

Los tutores, conscientes de la inseguridad que sus explicaciones pueden generar en el paciente y en el estudiante, evitan los comentarios delante del paciente y esperan a salir de la habitación, para reflexionar con el alumno y

comentarle aquéllos aspectos que debiera haber realizado de otra manera o que debiera mejorar:

> *" T1: muchas veces, sobre todo en pacientes conscientes, tanto al paciente como al alumno, el estar continuamente corrigiendo, tanto el alumno que yo creo que se corta un poco, como el paciente que dice oye y muchas veces te encuentras con frases del paciente hacia el alumno, que hacen que el alumno se ponga todavía más nervioso. Yo creo que es preferible esperar y luego fuera pues ya le dices lo que sea." (UEM-E-T-5-14)*

Los tutores comienzan a delegar actividades sencillas en los estudiantes, pero, a medida, que transcurre el tiempo y que el aprendizaje del estudiante va desarrollándose, conviene ir aumentando la complejidad de lo que se delega hasta llegar a que los alumnos se encarguen del cuidado de los pacientes en su totalidad. El que un estudiante aborde de forma global un paciente contribuye a que su aprendizaje sea integral y se favorece que se interrelacionen distintos aspectos del cuidado. Supone que el alumno desempeñe el rol profesional de forma completa, relacionando las distintas esferas de atención del paciente. El enfrentarse a las situaciones por sí mismos, les obliga a adoptar el rol profesional, les hace darse cuenta de cuáles son sus limitaciones y les coloca en una posición, en la que no sólo se observa un aspecto del cuidado, sino el paciente en su totalidad. Esta delegación completa de la responsabilidad del cuidado, es muy útil con alumnos en los últimos años de formación porque cuentan con mayores conocimientos experienciales, que les sirven para facilitar la integración de conceptos y la consideración de las situaciones como un todo:

"A3: yo creo que he aprendido más cuando me han dicho, este paciente es para ti. Ese momento de ese paciente es para ti, aunque sabes que lo tienes que hacer, ya no vas como por tareas, ya te coges la historia y dices bueno vamos a ver porque yo cuando le pongo la medicación, ya no es coger lo que está ahí escrito y pautado, es que tengo que saber si mi compañera lo ha escrito, sino lo ha escrito, si falta y si esto interacciona; no sé, es otra historia, realmente aprendo cuando me dice (la tutora) *éste es para ti sola, detrás mío por supuesto, pero es para ti sola, entonces, ahí es cuando te das cuenta de las dudas, porque llega la hora del BMT y tú le haces la glucemia, pero ya miras, le tendré que poner insulina y no, ya no es ir y hacerlo, es ir y apuntar." (P-GDA-10-5)*

"A2: el día que te dicen, este es tu paciente a las ocho, desde el principio y lo llevas, lo llevo ahora a las ocho cuando entro y a las dos cuando me voy le doy el parte a otra, como si fuera la que va a entrar, que bueno es mi compañera que está al lado y yo le doy el parte de todo lo que he hecho y no sé, es realmente cuando creo que más aprendo, por eso, porque me enfrento a la situación" (P-GDA-14-6)

Un aspecto a tener en cuenta, independientemente del nivel de autonomía que el tutor permita al estudiante, sería autorizar al estudiante a ejercer su criterio profesional con libertad, siguiendo sus propias argumentaciones y reflexiones sobre los cuidados. Si en ese intento de delegar la función profesional, el tutor impone su propia forma de hacer las cosas, se perderían totalmente los beneficios que el desempeño de las funciones profesionales otorga a los estudiantes y éstos estarían practicando el oficio del cuidado y no el cuidado como profesión. En estos casos, se coartaría toda la creatividad e

intuición del cuidado y todo proceso reflexivo en el estudiante. Además se puede generar nerviosismo y ansiedad en el estudiante que le pueden impedir actuar libremente y mostrar sus intuiciones en la realización del cuidado:

> *"A4: por ejemplo yo tuve a una enfermera que fuimos a coger una vía, después de un mes, y me dijo que si la quería poner yo y le dije que sí y empecé a ponerla y me puso nerviosa porque me decía ponla ahí, toca aquí…y así delante del paciente y su mujer. Empecé a ponerla y me decía, métela más, mete la aguja, introduce más, introduce menos, sácala y yo me puse nerviosa y la fallé y le salta al paciente* (la tutora) *pues bien grande que era para que la haya fallado. Mira yo me quedé." (Q-GDA-4-4)*

En muchas ocasiones, se corre el riesgo de que la tarea de delegar actividades en los estudiantes, se realice con otra finalidad que no es la del aprendizaje del estudiante, sino con una intención de liberarse de la carga asistencial a la que están sometidos los tutores. No se debiera delegar en los estudiantes a cualquier precio y sin ninguna garantía de que el estudiante ha aprendido cómo se realiza un determinado cuidado. Delegar un cuidado debe de llevar implícito un trabajo pedagógico previo del tutor, mediante el cual, se asegura que el estudiante sabe cómo y porqué se debe de realizar ese cuidado en ese paciente:

> *"T: el alumno está encantado por hacer a los enfermos solo, pero tú no le puedes dejar solo, no porque es que entonces están aprendiendo, ¿cómo están aprendiendo? de ninguna manera, porque además, como no saben porque hacen las cosas, si encima tú ya pasas y ya lo hacen*

ellos, pues hacen simplemente técnicas, simplemente hacen lo que han visto que hay que hacer y ya está" (PET-14-1)

1.1.1.3 El tutor como "cómplice". Las muestras de afecto y su papel en la relación pedagógica

Las muestras de afecto entre los tutores y los estudiantes no son condición imprescindible en la relación pedagógica que se establece entre ambos, pero de producirse, significan existe confianza y estima. Todo esto, beneficia enormemente el aprendizaje de los estudiantes, que se sienten estimados, que están mucho más relajados y, por tanto, en condiciones más favorables para aprender. Estas muestras de afecto o de complicidad, dependen de la personalidad de ambos protagonistas, tutor y estudiante. Se trata de relaciones personales en las que no todas las personas tienen la misma forma de ser o de comportarse.

También se considerarían beneficiosos los comentarios de complicidad, a modo de confesión del estudiante con el tutor o viceversa, que denotan una relación de confianza entre ambos:

"[La alumna ha ido a coger el carro de electros y cómo la tutora no la ve] *T: ¿dónde está mi niña?" (Q-OB13-1-3)*

"[Esta alumna y otra han intentado tomar unas tensiones pero parece que no escuchan nada] *T: habéis comprobado que el fonendo estaba abierto. A3: ya te digo, eso le he dicho yo cuando tenía el fonendo en la oreja y me ha dado un tremendo golpe en la campana T: si es verdad, es muy bruta* (se refieren a la alumna A2). *El otro día con la heparina, pincho a una pobre señora y parecía que iba a entrar a matar, como*

> *una banderilla A3: si pincho rápido para que no le duela T: no si la intención es buena, pero*… [Se ríen todos].” *(Q-OB15-4-16)*

El afecto implica confianza extrema y lógicamente surge en los momentos avanzados de la relación entre el estudiante y el tutor, cuando ambos se conocen, han aprendido a convivir y se muestran respeto. El sentirse apreciados por su tutor proporciona a los estudiantes la seguridad y la confianza que necesitan para presentarse ante él tal y como son, sin miedo a las reprimendas y sin coartar su capacidad de expresión, su capacidad creativa, su libertad de actuación y de intuición ante los cuidados profesionales. Es obvio que el cariño y el afecto no se pueden imponer, ni forzar, deben surgir espontáneamente en la relación pedagógica y funcionarán como elemento favorecedor, pero, en ningún caso, suponen una condición imprescindible para el aprendizaje del estudiante durante su periodo de formación práctica.

Tampoco el afecto y el cariño son características que garantizan el aprendizaje de los estudiantes si están presentes:

> *“A: que si haces una cosa mal, te diga* (la tutora) *no mira esto lo has hecho mal, por esto o por lo otro. Tampoco que sea colega tuya porque no venimos aquí para eso y es verdad lo que dice A1* (otro de los alumnos que participan en el grupo de discusión) *muchas veces esas que son tan amables contigo y tan simpáticas y que te cuentan su vida, pues no es de las que más aprendes.” (P-GDA-6-2)*

1.1.1.4 El tutor como "persona". Las cualidades de los tutores

Es importante detenerme en la valoración de cuáles debieran de ser las cualidades que, como persona, tendría que tener el tutor para que fueran beneficiosas de la relación pedagógica establecida con el estudiante. A lo largo de la investigación, se ha interrogado a los estudiantes y a los mismos tutores sobre las cualidades del tutor que pueden resultar más beneficiosas para el aprendizaje de los estudiantes.

La confianza, la seguridad, la accesibilidad a las preguntas de los estudiantes parece que son las cualidades más valoradas por los alumnos, que priorizan más en ellas que incluso en el trato afectuoso:

> *"A5: lo primero para mí es que te dé confianza, que sepa como te llamas...yo no pido un trato estupendo, pero por lo menos el nombre...hay veces que hasta decir, jolín ahora como yo pregunto algo tan básico...que tú puedas preguntarle* (a la tutora) *realmente cualquier cosa, porque hay veces que la gente hace las cosas sin preguntar porque sabes la respuesta que vas a obtener..." (P-GDA-4-7)*

> "*A: yo cuando digo confianza no me refiero a ser amigas, me refiero a que ella* (la tutora) *sea una persona que sea accesible a tus preguntas...y si ella sabe coger una vía estupendamente a mí me parece muy bien que lo sepa hacer, pero yo prefiero alguien que aunque lo haga un poco peor, me diga como lo hace" (P-GDA-6-3)*

Los tutores opinan que la motivación y el interés hacia la tutorización y la confianza son fundamentales para el aprendizaje del estudiante:

> *"T: el que tengas interés por este alumno, que hay gente* (tutores) *que no tiene mucho interés, que no le apetece mucho, es que yo creo que con qué tengas un poco de interés, le enseñes cosas básicas y seas capaz de darle un poco de confianza* (al alumno), *que sea capaz de preguntarte, que no se sienta un poco cohibido, que si le has dicho veinte veces que no y déjame, pues al final el chico ni te pregunta, ni quiere estar contigo, ni nada de nada. Entonces un poco el interés y que le des un poco de confianza y pie a que te pregunte." (UEM-E-T-2-12)*

El conocimiento práctico experto capaz de destacar lo esencial de sus actuaciones para presentárselo a los estudiantes sin que estos tengan que demandarlo, a modo de donaciones del tutor es también una característica o cualidad muy valorada por los estudiantes:

> *"A: que te explique cosas* (el tutor) *sin que las tengas que preguntar. Ellas* (las tutoras) *saben que cosas son las más importantes que se tienen que saber, que te explique cosas sin que le tengas que preguntar, porque ella tiene que saber lo que hay que darle importancia y que tú no lo sabes." (P-GDA-7-3)*

Muchas veces, la personalidad de los tutores pudiera ser valorada de forma precipitada por los estudiantes en los momentos iniciales de la relación pedagógica. La permanencia en el periodo práctico con un mismo tutor favorecerá que los estudiantes y los tutores establezcan lazos de confianza, que conozcan de forma más profunda su forma de comportarse y de actuar; en definitiva, que aprendan a relacionarse:

"T: Como sé que puedo tener un tono de voz seco, intento como que no se lo tomen (los alumnos) *como que les estoy regañando" (PET-12-2)*

"T: no parezco una persona accesible, si reconozco, pienso que van a tardar más en darse cuenta que soy una persona accesible" (PET-20-4)

"T: con A2 (alumna con la que ha estado), *es que ella se ha hecho a mí y yo me he hecho a ella, con lo cual, sé perfectamente cuales son las limitaciones que ella pueda tener, como la puedo incidir más en ciertas cosas y ella se ha dado cuenta que aunque yo pueda tener el tono un poco más seco, me puede preguntar cualquier cosa y no tiene que tener ningún problema en hacerlo." (P-OB5-5-10)*

1.1.2 El rol del estudiante

1.1.2.1 El estudiante como "sujeto". La responsabilidad compartida del aprendizaje

Tener un maestro no es solamente tener a alguien a quien preguntar, sino más bien, tener alguien ante quien preguntarse. Es aquí donde radica la diferencia fundamental entre el aprendizaje entendido como el simple acumulo de datos desconectados de los conocimientos, experiencias, convicciones y emociones de la persona que trate de aprenderlos, un conocimiento vacío de significado y aquel otro, que parte del interés y deseo de saber del sujeto, que está relacionado con sus propias experiencias y que ha sido elaborado reflexivamente por él mismo (J. L. Medina, 2005c).

Se ha destacado anteriormente, el papel protagonista que pasan a desempeñar los estudiantes en cuanto a su aprendizaje, en el contexto de las prácticas clínicas. Los alumnos no son ya recipientes vacíos, sino sujetos con

opiniones, sentimientos, vivencias y experiencias. El estudiante ya no ocupa un segundo plano en la relación con su tutor. Esa relación ha cambiado y más adelante hablaremos en profundidad de ella.

Los tutores con sus comentarios, con sus acciones deben considerar al estudiante, interesarse por su opinión y por sus reflexiones de forma continua. Este reconocimiento del estudiante juega un papel crucial en la confianza del estudiante consigo mismo y con su tutor. Cuando un tutor se interesa por la opinión del estudiante como profesional, está haciendo más de una cosa a la vez; le tiene en cuenta como uno más, se interesa por sus valoraciones como futuro profesional, pero a la vez, está fomentando su autoconfianza y está estableciendo lazos, también de confianza, en su relación pedagógica con el estudiante. El tutor le considera como un colega, como el centro de la relación y considera sus juicios; lo cual aporta el feed-back al estudiante necesario para que sienta, que sus pensamientos, sus opiniones y sus argumentaciones importan a su tutor. Esta consideración del alumno como sujeto, favorece la relación pedagógica y contribuye a que el vínculo que se establezca entre ellos, estimule el aprendizaje significativo, estimule la reflexión y el análisis individual y colaborativo. El estudiante tiene que vivenciar que sus opiniones cuentan, tiene que sentirse libre para expresarlas y con la convicción de que no le juzgarán en sentido normativo por ellas. Si el estudiante es considerado como parte vital del aprendizaje, también se fomentará su creatividad y su intuición de acción y de pensamiento, porque se sentirá libre para plantear a su tutor los dilemas de la práctica y sus reflexiones personales. Esta creatividad también podrá alimentar al tutor en el aprendizaje mutuo que surge durante la tutorización clínica pues seguro que el estudiante tiene la capacidad de mostrar a su tutor formas distintas de hacer y de reflexionar en los cuidados,

que el tutor podrá tener más ocultas por la rutina de la cotidianidad o de las costumbres de la unidad:

> *"T: como tú veas, hazlo tú, que voy a aprender yo. Me parece bien, nunca lo había pensado... y ellos* (los alumnos) *todavía siguen pensando que lo tienen que hacer como tú lo haces y yo siempre les digo como tú lo veas." (PET-24-2)*

> *"A: este año yo he notado, mira yo lo hago así y me dan el motivo* (los tutores), *lo hago así porque así, no doblan el brazo... pero luego tú ya, como te apañes, y es como ah! ya puedo decidir, a pues mira la forma que dice ella es verdad que para que tenga el bracito... ya te dejan decidir, pero en segundo era, es así y se pone así." (P-GDA-8-9)*

> *"A5: yo el año pasado en el otro hospital hacía un montón de curas de vías, aprendí a hacerlo de esa forma, me gusta de esa forma y este año lo hago de esa forma y una enfermera que lo hacía de forma diferente, hacía la corbata esta* (se refiere a un sistema de fijación de las vías que se utiliza en esa unidad por la mayoría de las tutoras), *que no me gusta, que luego no hay quien la quite, pues yo le dije mira yo prefiero hacerlo así y me digo vale y nunca me han dicho nada." (Q-GDA-10-7)*

Está consideración del alumno como sujeto nos lleva, de nuevo, a resaltar la necesidad de incluir al estudiante en las actuaciones de la práctica como parte del equipo, tratándole con dignidad y valorando sus fortalezas.

> *"T1: siempre si me voy a cualquier sitio primero se lo digo a ellos* (a los alumnos), *pues porque también quiero que sientan*

que no son mis recaderos, que están trabajando conmigo" (PET-22-2)

1.1.2.2 El estudiante como "debutante" y no como experto.

En la relación pedagógica no se puede olvidar que el estudiante no es un profesional experto. Para algunos, esto, puede resultar una obviedad, pero realmente no lo es. Son muchos los tutores que manifiestan dificultades para situarse en la perspectiva del estudiante, en el rol de estudiante, con sus dificultades, con sus vivencias y con sus experiencias prácticas.

Todas estas dificultades del tutor de situarse en el rol del estudiante, se muestran cuando el tutor delega las actividades de la práctica en el estudiante esperando que sean realizadas como si de un experto se tratase. Es cierto, que los niveles de autonomía tienen que ir aumentando según avancen las prácticas clínicas, pero no es menos cierto, que aun cuando el tutor permita al estudiante el máximo nivel de autonomía y le autorice a cuidar pacientes o a enfrentarse a situaciones complejas, no se debe perder la perspectiva de que estamos ante un debutante, un principiante en el cuidado, que necesita supervisión y acompañamiento.

Como debutante, el estudiante cuenta con menos recursos, con menos conocimiento práctico, con menos experiencias con las que comparar, con dificultades para valorar las situaciones como un todo. El alumno necesita otros tiempos para el cuidado, necesita los protocolos para poder actuar y carece de la espontaneidad, creatividad y amplitud de mirada de los profesionales expertos, sus tutores.

El debutante mantiene su atención focalizada a la actividad concreta que está realizando, siendo incapaz de ampliar esa atención a otros aspectos relevantes del cuidado. Ante una pregunta del tutor, el estudiante experimenta muchas dificultades para incluir el contexto del paciente y las distintas situaciones de la práctica. Esta situación es natural en los estudiantes, es propia del recién llegado a la profesión y es importante que los tutores tengan presente, que por esa situación han pasado ellos, que es una condición natural y que con la experiencia profesional, la situación va cambiando. Los tutores es por ello, que deben de tener la habilidad de ponerse en el lugar de los estudiantes, deben de enfocar su mirada desde la perspectiva del estudiante:

> *"T: yo entiendo que no se pongan a hablar con el paciente* (se refiere a los alumnos)*, lo entiendo porque está nada más que concentrado en eso, es tu cuarta vía, su quinta, no lo haces con soltura y además lo quieres hacer bien...es como si yo voy a hacer algo nuevo, seguramente tampoco hable con el enfermo y seguramente si voy a hacer algo que no estoy segura de hacer, tampoco voy a hablar con el enfermo, voy a estar concentrada." (PET-18-5)*

> "[Empiezan a inspeccionar juntas las vías. Parece que ya se han decidido por una. La alumna se dispone a pinchar y la tutora] *T: quieres que te ponga la mano hacia abajo.* [La alumna la canaliza a la primera. Tiene alguna dificultad de manejo con la llave de tres pasos] *T: cuando la canalices, quita el compresor.* [A la alumna se le había olvidado retirarlo]*." (Q-OB8-(5-7))*

El papel del tutor resulta muy significativo en estas situaciones, pues es el encargado de mostrarle como ampliar esa mirada focalizadora de aspectos

tangibles de la práctica hacia aspectos esenciales que, de otra manera, resultarían inadvertidos al estudiante:

> "[La alumna se dispone a canalizar una vía venosa periférica y la tutora la para y la dice] *"el paciente tiene derecho a que se le avise de que le vas a pinchar" (P-OB3-11-3)*

1.1.2.3 El estudiante como "profesional". De la imitación a la reflexión

El aprendizaje práctico que acontece durante las prácticas clínicas se produce porque el estudiante se enfrenta con la realidad de la profesión. El estudiante convive durante un periodo de tiempo variable, con el contexto de la profesión y tiene la oportunidad de aprender del profesional experto, que es su tutor. La forma en la que se enfrentan a esas situaciones complejas y variables de la práctica es lo que marca y configura el aprendizaje del estudiante.

Esta noción de práctica no reflexiva, conservadora y fuertemente rutinaria es fácilmente enseñada pues basta con el simple contacto prolongado del estudiante con su tutor experto. La práctica surgiría de la reproducción de las formas de actuar de los tutores. Los estudiantes imitarían estas actuaciones y vivirían inmersos en las rutinas diarias de las unidades, en la inercia de los comportamientos y en la presión de las expectativas sociales que hacen que tanto tutores como estudiantes se acomoden a esa realidad empobrecida del oficio del cuidado (Pérez, 2000).

Esta concepción del cuidado como oficio tiene un efecto perjudicial para el alumnado que no es otro que la dependencia y el alejamiento de la autonomía intelectual. Esta enseñanza basada en mito del docente como experto infalible, está totalmente determinada por la visión previa del docente y centrada en la

reproducción de su conocimiento profesional por parte de los estudiantes (J. L. Medina, 2005c):

> *"T: muchas veces los chicos* (se refiere a los alumnos), *intentan hacer lo que tú haces, yo no sé si es por agradar, no vaya a ser que esta me eche la bronca, entonces pues eso, que lo hagan como ellos crean de todo lo que han visto lo que sea mejor, lo que sea más sencillo para ellos..." (UEM-E-T-6-4)*

> *"A: mucho por imitación* (se refiere a cómo aprenden en las prácticas)*, llega el paciente y…disnea, se hace esto, esto, esto, pues yo te lo hago, pero ¿por qué lo haces? Ah, no sé porque yo cada vez que llega una disnea, yo hago esto." (P-GDA-10-3)*

El tutor, en esta situación, se convierte en un mecanismo de modelamiento que el estudiante debe imitar, reproduciendo conceptos, hábitos, valores culturales y hasta las rutinas desarrolladas e incorporadas durante su aprendizaje práctico.

En algunas ocasiones, esta imitación de conductas sucede a modo de indicaciones sutiles y en otras, es un modelo de tutoría al que el alumno se ha acostumbrado, un modelo más cómodo que no exige que el estudiante reflexione sobre la mejor forma de actuar. La organización actual de las prácticas clínicas, de alguna forma, contribuye a que se encarguen los estudiantes de determinadas tareas sin tener un enfoque del paciente o de la situación completa de la práctica. Esta situación, no motiva al estudiante y no le hace sentir un sujeto que aprende, sino un objeto que reproduce comportamientos y que se encarga de las actividades de la práctica que menos motivan a los tutores:

"A: trabajamos por tareas, mañana aseo, glucemias, medicación, las curas, entonces, una cosa es, que haya un orden pero yo sobre todo al principio, tenía la sensación de y qué hago ahora, pincho o cojo vías, pero lo hago y apunto el número y es que casi, que ni miras qué número, la cosa es que tengo que hacer eso, apuntar eso..." (P-GDA-10-5)

"A: en determinados sitios que dicen, ¡uy! menos mal ya han venido las alumnas y te tratan como, la tonta que me va a hacer las tareas que yo no quiero, tipo tensión, tipo ECG..." (P-GDA-11-1)

Los estudiantes se sienten como mano de obra, en algunas ocasiones. Se les utiliza no con fines pedagógicos, sino con la finalidad de sacar el trabajo adelante sin velar por su desarrollo, ni por su aprendizaje formativo:

"A2: aprendes a base de ver, de imitar técnicas, ninguna enfermera te explica nada, te tienes que aprender sus manías, yo hay días que me he ido de las prácticas en estos años sin aprender nada de nada y pensando sólo, que soy una mano de obra barata." (P-OB4-4-6)

"A2: en el momento en que sientes que te manda cosas para quitarse el trabajo y no para que tú aprendas, ahí está el perrito faldero." (Q-GDA-4-3)

La práctica reflexiva proporcionaría las herramientas, los mecanismos necesarios para la deliberación reflexiva del cuidado como profesión, de las rutinas, de los comportamientos, comenzando con la formación de los futuros profesionales. Esta sería una de las ventajas que proporcionaría este nuevo enfoque de tutorización práctico-reflexiva.

La Enfermería tiene que ser experimentada por los estudiantes no como el oficio del cuidar; sino como una profesión. Hasta ahora, el tutor se comportaba como un prescriptor de cuidados. Los tutores, tienen que ser conscientes de que con esa actitud, contribuyen a la desprofesionalización del cuidado y es aquí donde entra en juego el protagonismo y la importancia de reflexionar sobre cuidado. No se trata de señalar a los estudiantes lo que deben de hacer, tampoco que indicarles que reproduzcan las actuaciones de los tutores sin ningún proceso individual reflexivo; de lo que se trata es de que sean ellos los que descubran los detalles del cuidado, los que practiquen en y de los procesos reflexivos, los que decidan porqué actúan de esa manera y no de otra:

> *" T: porque luego hacen las cosas* (los alumnos) *y les dices por qué las has hecho y te dicen porque el médico me dijo que había que cogerle una vía y porqué le coges una vía, pero porqué viene el enfermo, porqué le has monitorizado...A mí, ya luego incluso me da igual si el motivo que me dan es el correcto o no es el correcto, lo que quiero es que lo hagan y que piensen porqué lo hacen, quiero que me expliquen porqué, yo a lo mejor lo hubiera hecho de otra manera, pero si ellos tienen su explicación para mí es muy respetable y diré, bueno lo has pensado y eso es lo único que me importa." (P-OB10-7-2)*

El papel del tutor debe favorecer que los estudiantes aprendan a pensar en el cuidado en su totalidad, debe favorecer que el alumno integre conocimientos y sea capaz de tomar decisiones sobre su práctica, todo ello en el contexto del paciente y no de la actividad aislada.

El estudiante convive con el tutor durante las prácticas clínicas, por lo que es fundamental que el tutor sea un ejemplo para su práctica. Si pretendemos que el estudiante reflexione, el tutor tiene que haber incorporado el hábito reflexivo en sus actuaciones profesionales. El tutor debe favorecer la interrogación constante del estudiante y le debe de colocar en las condiciones óptimas para ello, que desde luego nada tienen que ver con la carga asistencial de la unidad o con los problemas de organización del trabajo o de relaciones en el equipo. El aprendizaje del estudiante debe centrarse en el análisis individual o colaborativo de cada experiencia, vivencia o situación de la práctica:

> *"T5: para mí lo novedoso ha sido el hacerles pensar, no sirve de nada que yo le vaya contando* (a los alumnos) *esta cura es así y hay que hacerla así porque se ha hecho toda la vida o a este paciente hay que hacerle esto, sino porqué y tú qué harías; además, todo lo que sea que ellos razonen, se les va a quedar grabado y en situaciones parecidas van a saber responder, no porque lo hayan memorizado sino porque lo han interiorizado." (C-GDT09-4-5)*

> *"T2: la forma de enseñar no es soltarle esto se hace así, porque sí y hacerlo de una forma mecánica, de esta forma es mucho más reflexivo y mucho más razonado." (C-GD010-2-8)*

1.1.2.4 El estudiante como “persona”. Las cualidades de los estudiantes

Anteriormente nos hemos detenido en las cualidades del tutor que pudieran llegar a ser más beneficiosas para el aprendizaje del estudiante. Como este aprendizaje ocurre en el seno de las relaciones humanas, también merece la pena indagar en las cualidades que más favorecerán el aprendizaje, centrándonos en el estudiante y situándonos en el contexto de la relación pedagógica. Existen cualidades, características personales de los alumnos que actúan como elementos favorecedores de ese aprendizaje.

No hay duda, que el estudiante es el integrante de la relación pedagógica más vulnerable, por su situación de aprendiz, por su inexperiencia, por sus escasas habilidades de comunicación, por su desconocimiento del medio. Todas estas situaciones, hacen que cualquier acontecimiento sucedido en las prácticas sea valorado y vivenciado con mucha más intensidad, con muchos más sentimientos en juego de lo que supondría hacerlo en un contexto más conocido y controlado por los estudiantes.

Cada estudiante tiene su propia forma de ser, cada tutor también tiene sus propias características personales y ambos tienen que aprender a convivir y tienen que aprender a relacionarse tratando de obtener el máximo beneficio, en forma de aprendizaje, de esa relación.

Volvemos, por tanto, a resaltar la necesidad de que el estudiante no debe cambiar de tutor y debe permanecer siempre con el mismo mentor para que la relación tutor-estudiante no se convierta en un obstáculo, sino en un beneficio de su aprendizaje. Un cambio continuo de tutor, impide cualquier desarrollo del estudiante, pues estaríamos situando a la relación pedagógica en la causante del no aprendizaje del estudiante. Estudiante y tutor necesitan un

periodo de tiempo para conocerse, para adaptarse el uno al otro, para acostumbrarse a los rasgos de personalidad de cada uno.

Tanto estudiantes como tutores han manifestado que no se actúa igual con personas diferentes. Unos y otros tienen que adaptarse a las características particulares del otro, aprovechando las oportunidades que estas individualidades producen en los protagonistas. No existen dos tutores iguales, tampoco existen estudiantes idénticos, he ahí la riqueza de la relación pedagógica y la necesidad de convertirla en el vector que recorre el discurso del aprendizaje práctico de los estudiantes de enfermería:

> *"T: tú sabes que con cierta persona* (se refiere a algún alumno) *no puedes hablar tan seria, pues depende porque hay gente que es más sensible o menos sensible." (PET-5-5)*

Cualidades de los estudiantes como la curiosidad, el interés, la búsqueda de respuesta a los interrogantes de la práctica, son muy valoradas por los tutores. Los tutores valoran que el estudiante se responsabilice de su propio aprendizaje:

> *"T: un alumno, curioso que no toda la curiosidad es que yo se la responda." (PET-5-5)*

> *"T: por eso digo, mi alumno ideal es el que se preocupa por su formación." (PET-5-5)*

A veces, el que los estudiantes no pregunten, los tutores lo toman como una falta de interés del estudiante. Este tipo de análisis, la mayoría de las veces, es fruto de la precipitación del tutor, que no trata de averiguar cual pudiera ser la causa:

> *"T: si ellos no preguntan es que no muestran interés, me molesto, porque digo pues para eso me estoy yo esforzando, porque vuelvo a decir, para mí el alumno ideal es el que se preocupa por su formación, no es el que yo vaya detrás como un perrito." (PET-12-2)*

Los estudiantes, por otro lado, tienen miedo a preguntar, tienen miedo a que juzguen en sentido normativo su desconocimiento y por eso no preguntan:

> *"A5: que cuando tú preguntas, que yo no he visto nunca un respirador, pues que no te pongan cara de Dios mío, que no nos juzguen tanto porque pasamos por servicios muy diversos...hay gente que ha tenido suerte y ha visto un montón de cosas...y había otra gente, que todavía estaba haciendo camas...que no pongan cara de sorpresa* (los tutores) *porque te hacen sentirte mal..." (P-GDA-7-5)*

Los tutores reconocen que, a veces, se toman las preguntas del alumno como una amenaza, debido a su propio desconocimiento e inseguridad, respondiendo con ira e incluso obviando las preguntas del alumno:

> *"T4: es verdad que muchas veces, lo digo sinceramente, yo no le he dado más pie a mi alumno a preguntarme más porque yo no lo tenía muy claro tampoco." (C-GDT09-6-8)*

> *"T4: porque nosotras en técnicas somos unas hachas la verdad, pero en verdad la teoría la tenemos más olvidada, más perdida, por eso no le doy pie a que me pregunte más, por vergüenza mía, claro." (C-GDT09-7-2)*

El tutor no es el experto infalible que cuenta con un saber omnipotente. La aptitud del tutor debe de ser la de acompañante en la búsqueda de las

respuestas, el tutor debe compartir la búsqueda de las respuestas a los problemas o interrogantes de la práctica con el estudiante. Sí se debe de preocupar de que juntos, tutor y estudiante resuelvan los dilemas de la práctica asistencial. Esta actitud de implicación en la búsqueda de las respuestas a los interrogantes de la práctica es la que más valoran los estudiantes, no que les puedan contestar siempre, sino que se preocupen de su aprendizaje:

> *"A2: los tutores no contestan porque no lo saben. Yo por ejemplo, he tenido dos casos, la típica* (se refiere a alguna tutora) *que le preguntas y no te contesta y otras que te dicen, pues mira sinceramente no lo sé, pero vamos a mirarlo, vamos a meternos en Internet o a la mejor a mí me suena que ha salido un artículo en una revista que me mandan a casa y pienso mañana se la voy a traer y lo miramos juntas y no pasa nada, no se puede saber de todo." (P-GDA-8-2)*

> *"T: es imposible saber de todo, pues si la sé la sé y si no la sé, con decirle pues mira me lo miro y ya lo hablaremos. Ellos también lo entienden, no sería la primera vez, pues no tengo ni idea, déjame que me lo mire y mañana lo vemos y míratelo también por otro lado..." (UEM-E-T-3-11)*

1.2 La relación tutor-estudiante como fuente de conocimiento

El aprendizaje práctico debe ser entendido como una relación entre personas, entre el tutor y el estudiante. El tutor debe entablar una relación personal y situarla en un lugar central, de privilegio, una relación de cuidado personal del otro. Una relación de cuidar al otro sin paternalismos, con libertad y

permitiendo opciones. Es una relación que humaniza, en la que el centro de su acción es la persona (Aristimuño, 2005).

El contexto de la tutoría práctica lo constituyen los estudiantes y las múltiples formas de relación que les vinculan con sus tutores. Una vez más, la conclusión sería que la raíz del fenómeno de aprendizaje de los estudiantes en las prácticas clínicas, está en las relaciones que se establecen con sus tutores.

La relación tutor-estudiante guarda muchas similitudes con la relación enfermera-paciente. Ambas son relaciones entre personas, ambas son relaciones estrechas, ambas deben de basarse en el respeto, la dignidad y la confianza mutua. Si el tutor es capaz de establecer una relación pedagógica con el estudiante que cumpla estas premisas, estará consiguiendo varios objetivos a la vez. Por un lado, estará colaborando y fomentando que el estudiante se encuentre en las mejores condiciones de aprendizaje y por otro lado, formará al estudiante en el manejo de las relaciones futuras que él mismo sea capaz de establecer con sus pacientes. Ese respeto, esa dignidad y esa confianza que ha establecido con su tutor y que valora, marcará las bases para futuras relaciones con los compañeros, con otros estudiantes y como no, con futuros pacientes, las personas a las que cuidar. La relación tutor-estudiante, si funciona, servirá para mantener y fortalecer relaciones posteriores con los pacientes:

> *"A3: además si la enfermera no confía en ti, el paciente va a confiar menos todavía." (Q-GDA-4-12)*

Pero para comunicarse, es cierto que hace falta tiempo, hace falta un adecuado estado anímico, hace falta una actitud de escucha y hace falta empatía, mostrando en todo momento respeto por el otro (Gasull, 2005).

Todos estos aspectos influyen de forma decisiva en las relaciones entre tutor y estudiante porque estamos hablando de relaciones entre humanos, personas que pasan por momentos de alegría, tristeza, cansancio, motivación, desmotivación, ansiedad, depresión:

> *"T: no, no es que tenga menos de enseñar, lo que pasa que con el estado de ánimo que tengo, tengo menos ganas de hablar, de relacionarme, eso me hace no estar tan activa como he podido estar la semana pasada, pero es porque estás más baja de ánimo." (P-OB5-5-7)*

Si en algún momento el estado de ánimo del tutor no es el más adecuado para la relación pedagógica con el estudiante, lo sensato y lo justo para el estudiante es que se le avise de la situación, de esta forma, no pensará que él es el responsable y se mostrará comprensivo con el tutor. Todo esto, normalmente surge de forma espontanea si la relación establecida entre ambos esta basada en la confianza y el respeto mutuo:

> *"T: yo a la alumna la he dicho que hoy tengo un día difícil, por eso la he dicho que cualquier cosa que a mí se me pasara, que ella me la preguntara, porque hoy no tenía un día muy lúcido y se me podían pasar cosas, que no tuviera ningún problema en preguntarme cualquier duda que tuviera." (P-OB5-5-8)*

No cabe duda, que todas estas afirmaciones, chocan con la política de gestión económica de las direcciones de los centros, que relegan a un segundo plano la calidad y cualidad de los cuidados profesionales y la formación de los futuros profesionales.

Es imperativo que las relaciones que se establezcan entre estudiantes y tutores sean horizontales, en las que ambos adquieran el mismo protagonismo, con distinto papel en la relación pedagógica.

Los vínculos que se establecen con cada estudiante serán diferentes porque son personas distintas, con sus propias particularidades y lo que pueda ser estimulador para un estudiante puede cohibir a otro. La habilidad del tutor debe ser tal, que adapte la relación pedagógica al estudiante en cuestión. No existen recetas, lo que vale para un estudiante puede no resultar beneficioso para otro, esa es la complejidad de las relaciones que se producen en el contexto práctico:

> *"T: ni se puede ser brusco porque claro somos personas totalmente desconocidas y tampoco podemos ser duros, porque a ellos también les tenemos que estimular a qué se formen, si ellos van a las prácticas, pensando en que madre mía que horror! no les puedes tampoco transmitir eso, tienes que darte a conocer, crear un vínculo x el que sea, de cordialidad, de respeto, de más amistad, el que sea, con cada uno, crearás uno." (PET-16-4)*

Para que la relación pedagógica se asiente es imprescindible que pase tiempo. El tiempo en la relación ayuda a que tutor y estudiante se conozcan, se adapten el uno al otro, para que en fases posteriores, fluya el aprendizaje mutuo:

> *"T: con A2* (una alumna), *es que ella se ha hecho a mí y yo me he hecho a ella, con lo cual, sé perfectamente cuales son las limitaciones que ella pueda tener, como la puedo incidir más en ciertas cosas y ella se ha*

dado cuenta que aunque yo pueda tener el tono un poco más seco, me puede preguntar cualquier cosa..." (P-OB5-5-10)

"T: hombre yo creo que a lo mejor el primer día, el segundo día están como un poco más perdidos, un poco más asentándose, los primeros días les suele costar un poco más, donde estoy, con quién estoy, a ver cómo..." (UEM-E-T-4-4)

La relación del tutor con los estudiantes debe de ser cercana. El estudiante tiene que sentir que al tutor le preocupa su aprendizaje, que está involucrado al máximo en él, que siguen objetivos comunes y que caminan juntos en el contexto práctico:

"T5: por lo menos les estás dando a entender (a los alumnos) *que sí, que me importa que tú aprendas." (C-GDT09-5-11)*

En la relación entre tutor y estudiante juegan un papel muy importante la afectividad, la comunicación empática y la confianza. Debe de ser una relación basada en el diálogo constante, en la que estudiante y tutor se acompañen mutuamente y trabajen en equipo.

El momento más interesante en la relación pedagógica surge cuando aparece la confianza entre los protagonistas. La confianza fomenta que el estudiante pregunte, que se muestre relajado, que dé rienda suelta a la creatividad, que exprese sus reflexiones personales ante los cuidados. Por parte del tutor, la confianza se manifiesta cuando se comporta tal y como es, sin necesidad de escoger las palabras que eviten las susceptibilidades en el alumno.

En definitiva, la relación pedagógica es un fenómeno comunicativo en el que intervienen los deseos, los intereses, las motivaciones, las expectativas y las

interpretaciones de los participantes. La enseñanza del cuidado es un espacio social de comunicación e intercambio dinámico (Medina, 2005c).

1.3 Fases de la relación tutor-estudiante en el contexto práctico

Durante el desarrollo de la investigación se fue gestando la idea de que la relación pedagógica que se establece entre el tutor y el estudiante durante ese periodo práctico se desarrolla madurando a lo largo del tiempo. En multitud de ocasiones, he expresado la necesidad de que el estudiante tiene que permanecer con el mismo tutor y que no puede producirse aprendizaje significativo, si el estudiante cada día está con un tutor diferente, pues toda la argumentación de establecer relaciones de confianza, de adaptar la tutoría a las necesidades particulares de los estudiantes, de dar tiempo para que los estudiantes se sientan cómodos, libres y confiados no tendría sentido fuera de las relaciones con sus tutores que surgen a lo largo del tiempo.

Es por este motivo, que surge la necesidad de estructurar la relación pedagógica en fases, que están totalmente relacionadas con el tiempo de permanencia del estudiante con el tutor y viceversa. El tiempo es necesario para que aflore la relación de confianza que permita, que el aprendizaje se produzca. Me parece oportuno, por tanto, establecer la siguiente estructura de la relación tutor-estudiante en el seno de las prácticas clínicas, en 5 fases: la fase de presentación-orientación, la fase de indagación mutua, la fase de estabilización-adaptación, la fase de confianza-desarrollo y la fase de despedida-desarraigo.

Comenzaré a detallar cada una de las fases, en un intento de ofrecer al lector una perspectiva de lo que puede suponer la relación pedagógica en la formación práctica de los estudiantes. Es preciso, aclarar previamente, que la

relación tutor-estudiante no se comporta de forma lineal, ni previsible; sino que se trata de una relación cíclica, cargada de incertidumbre y subjetividad y que no puede comprenderse fuera del contexto en el que se desarrolla; el del cuidado del paciente.

Fases de la relación pedagógica en el aprendizaje práctico de los estudiantes:

- FASE I: DE PRESENTACIÓN-ORIENTACIÓN

En la fase de presentación y orientación, estudiante y tutor se conocen y tratan de orientarse en la relación. El estudiante necesita un tiempo para orientarse en la unidad, necesita familiarizarse con las normas, con la rutina y el funcionamiento de la unidad y necesita conocer a su tutor. El tutor aprovecha esta etapa para comenzar a conocer al estudiante, comienza a observarle. El alumno acompaña al tutor, el tutor realiza la mayoría de los cuidados y es el estudiante el que observa a su tutor:

> *"T: yo creo que a lo mejor, el primer y segundo día, están un poco más perdidos, un poco más asentándose* (los alumnos). *Los primeros días les suele costar un poco más, donde estoy, con quien estoy, a ver cómo...yo creo que en un par de días o cosa así se sienten un poco más seguros." (UEM-E-T-4-4)*

- FASE II:DE INDAGACIÓN MUTUA

En la fase de indagación, ambos, tutor y estudiante, exploran a la otra persona, es un tiempo de observarse mutuamente y de comienzo de instauración de los lazos de unión que se desarrollarán y mantendrán la relación el resto del tiempo. Esta fase es clave para que la relación sea beneficiosa o no, cualquier suceso acontecido en esos momentos puede llevar al fracaso la relación y el

aprendizaje de los estudiantes. En estos momentos iniciales, ambos protagonistas, deben de extremar las precauciones en la comunicación, se debe de evitar hacer juicios prematuros, se debe de afrontar con cautela y precaución. El tutor comienza a delegar actividades sencillas en el estudiante, que suelen tener que ver con actividades de destreza técnica:

> *"T: yo no puedo empezar con un alumno a machete, tengo que darle tiempo, tengo que darme cuenta cómo piensa, que conocimientos tiene...somos personas totalmente desconocidas..." (PET-16-4)*

- FASE III: DE ESTABILIZACIÓN-ADAPTACIÓN

La fase de estabilización o de adaptación, es la fase más íntima y más fructífera para el aprendizaje, en la que se establecen objetivos comunes entre tutora-estudiante. Ambos protagonistas están más relajados, comienzan a aparecer ciertos niveles de confianza y comienzan a desarrollarse los lazos afectivos. Es en esta fase, en la que tutor y estudiante terminan de conocerse, se adaptan a las particularidades de cada uno y se inicia la fase de desarrollo. El tutor comienza a delegar en el estudiante, cuidados cada vez más complejos, porque ya conoce al estudiante:

> *"T: tú tienes que darte a conocer* (al alumno), *crear un vínculo, el que sea, de cordialidad, de respeto, de amistad, el que sea, con cada uno crearás uno..." (PET-16-4)*

> *"T: si estás más tiempo con él* (con el alumno)*, yo creo que al final le acabas cogiendo el tranquillo, pero si no es difícil, los alumnos se tienen que adaptar a ti, yo tampoco soy una persona fácil." (P-OB7-5-5)*

- FASE IV: DE CONFIANZA-DESARROLLO

Esta fase marca el inicio del aprendizaje significativo del estudiante. Existen ya lazos de confianza con su tutor y ambos han aprendido a manejar sus particularidades como personas. El estudiante está entregado al tutor y el tutor está entregado al aprendizaje del estudiante. De surgir comportamientos de afecto, de complicidad entre ambos, surgirían durante esta fase. El tutor adopta un papel menos de acompañamiento y suele comenzar a delegar completamente en el estudiante:

> *"T: lo que noto con A2* (una de las alumnas)*, al coincidir más con ella, es que ella se ha hecho a mí y yo me he hecho a ella, con lo cual se cuales son las limitaciones que pueda tener, puedo incidir más en ciertas cosas y ella se ha dado cuenta que aunque yo pueda tener un tono un poco más seco, sabe como soy..." (P-OB4-5-10)*

- FASE V: DE DESPEDIDA-DESARRAIGO

La fase de despedida y desarraigo es la etapa de despedida, de abandono de la relación. Tanto estudiante como tutor aprovechan para decirse todo lo que no se han dicho antes en términos de confianza. El tutor delega la responsabilidad del paciente en el estudiante:

> *"A2: C* (una de las tutoras con las que ha estado la alumna), *te demuestra de verdad, hay os echaré de menos, es una persona que de verdad te lo agradece todo." (Q-GDA-14-8)*

El tiempo y la dedicación del tutor requiere un esfuerzo mayor en las dos primeras fases y a partir de la tercera, el esfuerzo es menor y el disfrute desde el punto de vista del cambio de rol que va experimentando el estudiante,

comienza con la fase III y culmina en la fase V. Este seria el curso natural de la relación pedagógica. En muchas ocasiones, la relación no logra avanzar de la fase II, pues tutor y estudiante no llegan a conocerse, bien por desinterés, bien porque no existe permanencia con el mismo tutor, bien por desavenencias o dificultades de comunicación. Cuanto antes se alcance la fase III, mayores posibilidades de aprendizaje tendrá el estudiante. La duración de cada una de las fases en la relación entre el tutor y el estudiante, dependerá de multitud de factores, tales como, las cualidades de los protagonistas, las condiciones de la unidad, las motivaciones del tutor y del estudiante, su formación previa...

> *"A3: yo creo que el problema de todo es que no tienes una tutora asignada, es que cada día vas con una, que te dice no hagas esto así y al día siguiente cambias con la otra y esto ahora no se hace así. Tienes que estar todo el día pendiente, en vez de, voy a ver que aprendo hoy, esto hoy lo tengo que hacer así, mañana me toca la otra* (otra tutora), *tengo que hacer lo contrario..." (P-GDA-6-4)*

En el gráfico 3, se ha representado una figura que pretende relacionar la relación pedagógica con el aprendizaje del estudiante:

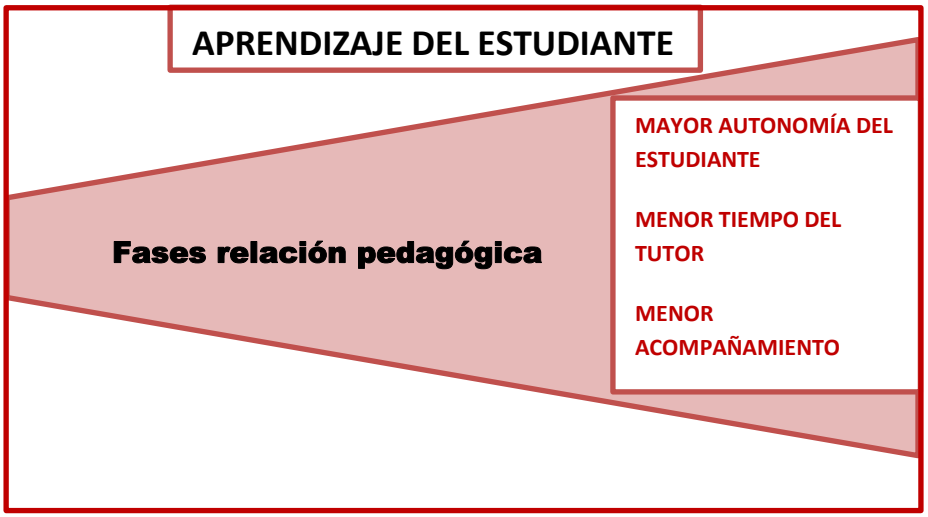

Gráfico 3: relación pedagógica y aprendizaje del estudiante

1.4 La figura del tutor y su papel en el aprendizaje del estudiante

Llegamos ya al punto de comenzar a argumentar y reclamar la figura del tutor en la tutorización de las prácticas clínicas de los estudiantes. Para ello, es necesario describir cómo debe de ser esta figura, qué funciones tendría y qué responsabilidades en el aprendizaje de los estudiantes.

Basándome en las opiniones de los protagonistas, de los autores y la mía propia, el tutor debe de ser un profesional reflexivo, crítico, con altos niveles de capacitación y experiencia en el cuidado. Además, debe de ser un profesional comprometido y motivado con la formación práctica de los estudiantes. Debe de ser la persona que vele por sus intereses, la persona que guíe a los alumnos en la incertidumbre de la práctica y la que les defienda de las presiones y de los conflictos, que su propia inexperiencia le podría provocar con relativa facilidad el cuidado del paciente.

El tutor debe guiar, orientar, tutelar, asesorar, servir de apoyo e incluso, si llegase el caso, establecer amistad con el estudiante al que acompaña.

La figura de tutor debe de ser la de un profesional reflexivo, que entiende la práctica asistencial en toda su complejidad, haciendo de su práctica cotidiana su propio proceso de desarrollo. No es una persona con muchos conocimientos, ni con mucha formación, como se entendían los expertos en la racionalidad técnica. El tutor es una persona capaz de intervenir acertadamente, de ampliar su capacidad de comprender, de aumentar las distintas perspectivas de consideración de un problema (Dominguez, 2005).

Con este enfoque de tutoría clínica, se ha de reclamar la figura de un tutor responsable del estudiante, que esté el mayor tiempo posible con él. Los tutores revindican que no siempre están con el mismo estudiante y no son capaces de valorar sus progresos y, por tanto, no se involucran con el aprendizaje del estudiante. Los alumnos, a su vez, manifiestan, que el estar con diferentes tutores no les ayuda a centrarse sino que les supone un esfuerzo continuo de adaptación a la relación pedagógica con una persona diferente y con sus particularidades.

La rotación de tutor y de alumnos evita el planteamiento de objetivos comunes, evita la personalización de la acción tutorial y dificulta la relación tutor-alumno:

> *"T: yo pienso que me motivaría más si siguiera el proceso del alumno durante toda la práctica, porque tutorizar a un alumno por días, él se tiene que adaptar a ti, tú te tienes que adaptar a él y realmente no observas el esfuerzo, que has realizado, no lo puedes observar en el*

alumno, que realmente ahora ha aprendido a hacer esto o a hacer lo otro." (PET-2-2)

"T: es una pena que no podamos tener siempre al mismo alumno, así veríamos sus progresos, la tutorización no está bien organizada, una cosa es la teoría y otra la realidad." (P-OB1-7-1)

"T: te puedo decir que si tuviera una alumna sola, me centraría más en ella porque no puedes observar cuales son las necesidades del alumno porque yo no he estado con él a lo largo de todas sus prácticas." (P-OB7-5-3)

1.5 Las motivaciones del tutor en la formación práctica, ¿influyen en el aprendizaje del estudiante?

La motivación de los tutores durante las prácticas clínicas juega un papel básico en el aprendizaje del estudiante. Son muchos los tutores que valoran su participación en la formación práctica de los estudiantes, como una imposición de la dirección del centro. Las consecuencias de ello, pueden ser desastrosas en términos de aprendizaje y de desarrollo de los futuros profesionales.

La dirección de los centros debiera tratar de solucionar el problema, pues el fin último de esto, tiene repercusión en la calidad de atención a los pacientes.

Ya se ha comentado con anterioridad, el elevado compromiso que deben adquirir los tutores en la relación pedagógica, como para ahora simplificar y obviar el análisis previo, afirmando que todo el mundo es capaz de desempeñar el rol de tutor de forma adecuada y qué todo el mundo debe realizarlo al coste que sea. Normalmente, estas conclusiones suelen perjudicar, sobre todo a los estudiantes que acuden a las prácticas más que a aprender, a

sobrevivir en un entorno hostil, en el que es tratado como un intruso, como una carga y como una imposición a los tutores:

> *"A1: yo creo que a "A"* (una de las tutoras) *no la tendrían que poner alumnos, es que si no los quiere que no se los pongan pero que lo diga, te hace sentir... yo ese día me fui a casa vamos... yo lloré ese día." (Q-GDA-15-10)*

Esto se aleja mucho de lo que debiera ser la realidad; la participación y colaboración voluntaria de los tutores y que dicha participación, tuviera relación directa con el entusiasmo de los tutores.

Sería injusta con los profesionales si obviara los orígenes de esta desmotivación, si restara motivos a los tutores y sobre todo, sino comprendiera las causas de tal desmotivación. Las condiciones de la actual organización de las prácticas clínicas de los estudiantes, no son las óptimas. Existe una descoordinación total, entre los centros universitarios y los centros de la práctica. Al tutor no se le proporciona formación previa en tutoría, no se tiene en cuenta su carga asistencial. En muchas ocasiones, tampoco las distintas universidades se organizan y, a veces, un mismo tutor tiene adjudicados más de un estudiante. Todo esto, es cierto que forma parte de la realidad de la formación práctica de los estudiantes y éstas son las voces de los protagonistas:

> *"T: yo me doy cuenta que no todo el mundo vale para formar y como supuestamente ahora todo el tema de la tutorización va a servir para dar puntos para la carrera profesional, pues la gente se va a motivar* (se refieren a las enfermeras en general)*." (PET-33-2)*

> *"A: las que no quieran tener alumnos, por lo que sea, pues que no los tengan, aunque sea por el motivo de que no les gusta enseñar, no poner al alumno, no va a estar contigo igual una persona que quiera* (una tutora que quiera)*." (P-GDA-3-2)*

Muchas veces es el propio alumno el que trata de acercarse a las tutoras que sí están motivadas con la tutorización:

> *"A1: hay enfermeras que quieren colaborar con la enseñanza y enfermeras que no quieren colaborar con la enseñanza, ante eso no puedes hacer nada, tienes que buscarte tú una persona* (una tutora) *que te quiera enseñar." (C-GDA010-6-4)*

Como toda actividad formativa, son muchos los que opinan que se debería de evaluar a los tutores con la finalidad de aumentar la calidad de la tutoría e indagar en los problemas que acontecen y preocupan tanto a las tutoras como a los estudiantes. Así, se velaría por la calidad de la formación práctica de los estudiantes:

> *"T2: y sí que nos gustaría de verdad que a las tutoras se las debería de evaluar y se debería de exigir un poquito de control de calidad." (C-GDT09-4-3)*

También, es importante resaltar, que no todos los profesionales están igual de desmotivados. Por suerte para los estudiantes, existen profesionales que están comprometidos con la profesión, con la formación de los profesionales porque ven en ello una forma de desarrollo profesional, una forma de aumentar la calidad de los cuidados y una forma de dar respuesta a las necesidades de la sociedad. Contribuyen así, con la formación de profesionales reflexivos, que

analizan cada actividad de la práctica clínica, que indagan sobre la mejor forma de realizar un cuidado y que están continuamente cuestionando su actividad profesional a la vez que la realizan. Esta es la motivación que necesitan los estudiantes, la motivación de convivir durante un periodo más o menos prolongado con profesionales que se preocupan por su trabajo diario, que no olvidan que atienden a personas y que, de esa forma, otorgan valor a su actividad profesional:

> *"T: además no todas estamos motivadas para enseñar o tener alumnos y claro, como le vas a decir a tu compañera, que esté pendiente del alumno que has tenido tú en una cosa o en otra, porque no tiene el mismo compromiso que tú." (P-OB1-7-1)*

1.6 La reflexión como necesidad formativa en los tutores

Los profesionales tutores utilizan como armas en la formación práctica de los estudiantes su propia intuición, su experiencia profesional y su motivación. Todos estos requisitos son fundamentales, pero no tienen que ser los únicos, para que la tutorización pueda ser realizada con las suficientes garantías para los estudiantes:

> *"T3: a mí esta formación en estrategias reflexivas, me ha servido para clarificar cómo tengo que enseñar, antes no tenía muy claro por dónde empezar y lo hacías como buenamente te parecía, pero ahora sé mejor cómo lo tengo que hacer...(C-GDT09-3-6)*

> *"T: porque también al principio cuando acabas de entrar pues no te suelen poner alumnos, bastante tienes con aprender tú, para tener que enseñar al alumno." (PET-2-6)*

Si defendemos un modelo de tutoría reflexiva que fomente e incorpore el hábito de la reflexión en los futuros profesionales, parece lógico pensar que uno de los requisitos tendría que ser, proporcionar formación sobre estrategias reflexivas a los tutores.

Además, es necesario argumentar a los profesionales, los beneficios de la tutorización reflexiva sobre los estudiantes, sobre la calidad de los cuidados y sobre su propio desarrollo profesional. Ellos son los que tienen ponerlo en práctica y los que tienen que creer que el modelo funciona:

> *"T: desde la práctica se puede hacer pensar y reflexionar al alumno, primero enseñando a los profesionales, a los profesionales hay que formarlos para que entiendan porqué es mejor." (PET-14-3)*

Los tutores piensan que se debe de exigir cierto nivel de formación sobre la tutoría práctica, con el fin de garantizar el aprendizaje de los estudiantes. La responsabilidad de garantizar la calidad de la formación práctica, actualmente, recae en los centros asistenciales y en las universidades. Se invierten grandes esfuerzos en programas formativos de alta calidad y, en cambio para el desarrollo práctico de los estudiantes los niveles de exigencia disminuyen:

> *"T: ...realmente ¿se va a formar a los tutores? ¿Se les va a exigir que tengan una formación?, porque esto es como dejar en manos de cualquiera la formación, tú te has preocupado de crear un muy buen plan de estudios y luego no vigilas a quien le están dejando eso." (PET-33-2)*

Para los tutores, la tutorización de las prácticas clínicas de los estudiantes no es tarea fácil. Sin formación previa, son muchas las dificultades que se

manifiestan en la convivencia con los estudiantes, dificultades que tienen que ver con, cómo asegurarme qué el alumno ha comprendido, qué cantidad de información le cuento, por dónde empezar...

> *"T: mi dificultad es saber hasta qué punto les cuento* (a los alumnos), *va a ser demasiada cantidad de información de golpe o si se lo cuento saber hasta dónde cuento, no contar de golpe por ejemplo, con el caso de medicación, electros...qué te puedes meter, pero a lo mejor es demasiada cantidad de información..." (C-GDT09-1-2)*

> *"T: Hay mucha gente* (se refiere a las enfermeras como colectivo) *que le encanta enseñar, pero le pasa eso, que empieza a enseñar, enseñar, enseñar sin tener un criterio y no se aseguran que ese alumno de verdad haya entendido lo que tú le has enseñado." (UEM-E-T-1-2)*

Luego sería bueno intentar colaborar con los tutores para tratar de disminuir o de solventar las dificultades o dilemas que surgen en la tutoría y es evidente, que ello pasa por diseñar programas formativos para las tutoras, que garanticen la calidad del aprendizaje de los estudiantes, el desarrollo profesional de los tutores y en última instancia, que garanticen una mejora de la calidad de los cuidados.

1.7 La reflexión y la relación pedagógica: un vínculo necesario

Seguro que el lector ya ha intuido a lo largo de los puntos anteriores, cuáles son los beneficios que la relación pedagógica puede aportar al aprendizaje de los estudiantes. Este aprendizaje práctico ocurre en el seno de una relación entre tutor y estudiante, una relación pedagógica pues uno de los objetivos es

lograr que el estudiante aprenda y que, a la vez, conviva con las situaciones complejas de la práctica asistencial.

El fomentar el hábito de la reflexión entre los estudiantes y convertirlo en eso, en un hábito profesional, les reporta muchos beneficios. Se trata de huir del aprendizaje memorístico que surge de la reproducción e imitación de las actividades que desempeñan las profesionales y que, luego, es imitado por los estudiantes sin que se produzca ningún proceso ni individual ni colectivo de análisis o reflexión:

> *"T: por eso es bueno que te formes y te acostumbres a reflexionar cada cosa que haces porque así no se te va a olvidar*. (La tutora argumenta así la necesidad de reflexión en el alumno)." *(PET-10-1)*

Se trata de que el aprendizaje del estudiante se convierta en un aprendizaje significativo, que haya sido elaborado según sus propios significados, sus propias vivencias, experiencias, según sus propias reflexiones, sólo así, se convertirá en permanente. Se trata de que los estudiantes aprendan el sentido de lo que hacen, conozcan los motivos de hacerlo de esa forma y no de otra y de que la actuación profesional sea el resultado de un pensamiento elaborado y reflexionado:

> **"Le pregunto a la tutora ¿por qué no le has explicado tú directamente cómo se hacía la recogida del urocultivo?** *T1: porque quería que lo pensara él. Si lo explico yo, seguro que no se acuerda, luego te dicen que lo han visto hacer mil veces pero no saben hacerlo." (P-OB3-10-1)*
>
> *"T5: a mí lo novedoso ha sido el hacerles pensar* (a los alumnos), *no sirve de nada que yo le vaya contando esta cura es así y hay que*

> *hacerla así porque se ha hecho toda la vida o a este paciente hay que hacerle esto, sino porqué y tú qué harías, entonces todo lo que sea que ellos razonen se les va a quedar grabado y en situaciones parecidas van a saber responder no porque lo hayan memorizado sino porque lo han interiorizado." (C-GDT09-4-5)*

Durante este periodo de formación práctica no sólo aprenden los estudiantes, también aprenden los tutores; el aprendizaje es mutuo. Los tutores tienen que hacer el esfuerzo de cuidar del paciente y cuidar del alumno. Los tutores acompañan a los estudiantes en sus reflexiones y mientras lo hacen, parece inevitable el cuestionamiento continuo de las actuaciones de la práctica. Los tutores se ven en la necesidad de actualizarse en aquellos aspectos profesionales que tienen más olvidados; luego la tutorización les sirve en su propio desarrollo profesional:

> *"T: entonces yo creo que para ellas* (se refiere a las alumnas) *y para nosotras* (se refiere a las tutoras) *es positivo, porque a veces ellas nos enseñan a nosotras y nosotras a ellas..." (C-GDT010-2-6)*

> *"T4: ...pero claro es que a ti también te hacen trabajar y ponerte un poco al día." (C-GDT09-6-8)*

La reflexión durante y tras las actuaciones profesionales permite al estudiante y a los tutores asegurarse de los beneficios de los cuidados, si se podría haber actuado de otra manera y, todo eso, mejora la calidad de los cuidados a la vez que contribuye a que se adquiera seguridad en el desarrollo profesional. El estudiante mediante sus reflexiones sobre los cuidados va ampliando su

"mochila experiencial"[54] de forma que dicha experiencia, seguro, le servirá para posteriores actuaciones profesionales:

> *"T: yo creo que eso es bastante más positivo* (se refiere al uso de las estrategias reflexivas en la tutorización) *porque la forma de entenderlo hace que se te quede para actuaciones posteriores." (C-GDT010-3-2)*

Todos los beneficios que aporta la tutoría reflexiva al aprendizaje mutuo de tutores y de estudiantes se basan en una relación dialógica, de escucha activa y en un esfuerzo del tutor por establecer canales de comunicación empáticos y lazos de confianza y de afectividad con el estudiante.

La reflexión debe guiar todas y cada una de las actuaciones como profesionales de los tutores y de los estudiantes, pues se mantendría activa la capacidad de cuestionamiento continuo de la práctica, mejorando la calidad de los cuidados.

1.8 La personalización de la relación pedagógica

Si la relación pedagógica es de naturaleza personal, si se trata de una relación entre personas, es imposible obviar la necesidad de individualizar la tutoría en función de las características no sólo del estudiante, sino del tutor y del contexto práctico en el que se desarrollan.

El cuidado es una realidad compleja, incierta, imprevisible en la que no sirven las recetas. El aprendizaje de los estudiantes y, sobre todo, las relaciones que establecen con sus tutores, también se comportan así. No es posible generalizar la tutorización, pues lo que sirve para un estudiante no servirá para

[54] Mochila aquí se entiende como acumulo de experiencias propias.

los siguientes. De ahí, que realmente la tutoría en la formación práctica no sea tarea fácil.

Los tutores ejercen en el ejercicio de sus funciones como docentes, como profesionales reflexivos, replanteándose con cada situación sus acciones tutoriales. Tienen que tratar de adaptar sus estrategias, a las características particulares del estudiante, a su evolución y a las características de la unidad a que pertenecen:

> *"T: es importante tener eso de forma orientativa* (se refiere a los objetivos marcados desde la universidad a los alumnos)*, pero yo pienso que a cada alumno, dependiendo de cómo es, hay que marcarle sus objetivos, hay alumnos que te tendrás que ceñir en esos objetivos e incluso reforzar otros que vieron en el primer curso porque todavía no los tienen aprendidos." (PET-4-6)*

Es fundamental, que tutores y estudiantes se planteen unos objetivos comunes durante el periodo de formación práctica, que los consensuen y que se comprometan ambos en su consecución y en los mecanismos necesarios para alcanzarlos:

> *"T2: a lo mejor yo pienso que la medicación es lo más interesante y a ella* (a la alumna) *resulta que lo que la interesa son los drenajes." (C-GDT09- 2-1)*

Los objetivos que se marcan desde las universidades son objetivos generales, que sirven de orientación tanto al estudiante como al tutor, pero que en el contexto particular de la unidad, es necesario concretar y moldear a las particularidades del estudiante. Cada unidad, por ejemplo, de cuidados

especiales, requiere de una formación específica y requiere, que sus profesionales, actúen de una forma o de otra totalmente distinta. Es cierto, que existen requerimientos mínimos y competencias generales, que son las que se marcan desde las universidades en función de los planes de estudio vigentes, pero ya en el contexto práctico, se necesita que los profesionales expertos, especifiquen aún más a los estudiantes, que se espera de ellos, que es necesario que aprendan y cómo tienen que cuidar a los pacientes. Esa función de personalizar el aprendizaje de los estudiantes en función del contexto práctico en el que se desarrolla la formación, sólo puede ser llevada a cabo por los profesionales que desempeñan su labor en ellas, los tutores de prácticas clínicas:

> *"T1: yo me guío por mis objetivos, los que yo creo que se tienen cumplir en esta urgencia. Los objetivos a mí me parece que son tan generales, que son objetivos que valen para todo, no quedan reflejados de forma tan concisa de lo que es el servicio. Son objetivos de alumnos de 3º, pero no son objetivos de alumnos de urgencias. Son muy generales." (P-OB7-3-3)*

Para que se pueda personalizar la relación pedagógica, para que se establezcan objetivos comunes, para que exista un compromiso por parte de los tutores y de los estudiantes, para poder valorar la evolución de los estudiantes, para todo eso, es fundamental que el estudiante esté la mayoría del tiempo con el mismo tutor y que éste sea su referente de aprendizaje:

> *"T: yo creo que estaría más centrado* (el alumno), *no es lo mismo, que si estás cada día con una enfermera, al final la confianza es nula, es muy poca con todas. Si yo llego y no he llevado a ese chico nunca, no sé*

> *lo que le han enseñado, lo mismo me repito o lo mismo me salto algo. Luego, vuelve a ser el primer día, no te conocen, no va a dar tiempo a que te pregunte como si te conociera de hace un mes." (UEM-E-T-8-3)*

En la relación pedagógica, el tutor debe de tener la capacidad de colocarse en el lugar del estudiante, debe de ser un tutor empático. A veces, la perspectiva del estudiante se pierde de vista y los tutores esperan que los alumnos se comporten como verdaderos profesionales expertos, marcándoles objetivos demasiado ambiciosos que por supuesto, no alcanzarán y que provocarán frustración en el estudiante, frustración en el tutor y que van a suponer un obstáculo en la relación pedagógica:

> *"T: si yo les explico* (a los alumnos) *cómo hacer la valoración inicial del enfermo y a los dos días vuelven a hacer una valoración inicial y la vuelven a hacer mal, me molesto, porque hacer una valoración inicial es muy fácil." (PET-12-2)*

Para conseguir personalizar la relación pedagógica sería necesario, en primer lugar, tiempo de convivencia entre el tutor y el estudiante, tiempo para conocerse y una vez más, capacidad de diálogo y de empatía. Ambos protagonistas deben dialogar sobre cuáles son los intereses y las motivaciones de cada uno durante ese periodo formativo. Conviene dedicar los primeros días o semanas a eso, siempre con el compromiso de ambas partes, con la consciencia de que se deben de ir adaptando al contexto particular de la relación y de la unidad y siempre desde la perspectiva del estudiante, teniendo presente que no estamos ante un profesional, sino que estamos ante un estudiante que está aprendiendo.

2. EL LEGADO DEL CUIDADO COMO APRENDIZAJE EXPERIENCIAL

2.1 El legado de la experiencia: un valor de los tutores

Si de lo que se trata es de otorgar valor a la experiencia, en el contexto de las prácticas clínicas de los estudiantes sería importante hablar de la naturaleza del cuidado como profesión. Los profesionales de la enfermería no cuidan en las aulas. Los enfermeros cuidan en el lugar en el que se encuentran las personas a las que cuidar. El cuidado surge inmerso en las relaciones humanas. Se cuida a personas con sentimientos, vivencias, experiencias particulares distintas a las de otra persona. El contexto práctico se caracteriza por ser una realidad imprevisible, compleja e incierta a la que no se puede responder con generalidades y desde fuera de esa realidad. Es por eso, que el cuidado se tiene que aprender en el lugar en el que se cuida, de la mano de profesionales expertos que también han aprendido comparando situaciones anteriores vividas, con las actuales, analizando las diferencias que surgen en cada caso, con cada paciente, con cada situación y con cada profesional.

Además, se complica mucho más la argumentación, teniendo en cuenta, la diversidad y la creatividad de la actividad profesional, en la que no existe una única forma de realizar un cuidado, sino que todas pueden ser adecuadas para el paciente, pero que cada profesional realizará de una manera distinta en función de su propia experiencia previa. Estas formas distintas de realizar un cuidado contribuyen a enriquecer y complicar la práctica profesional y su legado a los estudiantes.

Por tanto, el conocimiento necesario para ejercer la profesión y el que necesariamente se tiene que transmitir a los estudiantes y futuros profesionales, es un conocimiento eminentemente práctico, que surge de la

convivencia con las situaciones de la práctica y de la reflexión de cada actividad profesional. Cada uno de estos cuidados, tiene un valor en sí mismo, no existen dos cuidados iguales, porque no existen dos pacientes iguales, porque no existen dos profesionales iguales; de ahí la riqueza de la experiencia del cuidado y de su naturaleza práctica y no teórica.

El practicum, siguiendo estas argumentaciones, en los nuevos planes de estudios que surgen como consecuencia del EESS[55], se ha convertido en la pieza angular de la formación profesional. En torno al practicum, se articulan el resto de conocimientos teóricos que pueden servirnos de herramientas útiles para desenvolvernos en el contexto práctico.

Pero, la experiencia por si sola no es suficiente para que el aprendizaje del estudiante se convierta en significativo. La experiencia se debe de complementar con la reflexión en y sobre lo realizado. Si fuese de otra manera, estaríamos ante un aprendizaje reproductivo, que se desarrollaría mediante la repetición de tareas, estaríamos ante el oficio del cuidado y no ante el cuidado como profesión.

> *"A3: hombre yo pienso que muchas veces con las clases de teoría de la universidad no queda completo, donde se aprende realmente es en el entorno donde estamos* (en el contexto práctico)...*" (C-GDA09-4-7)*

Los tutores son conscientes de que el valor que ofrece la experiencia es fundamental para el ejercicio de su profesión y para facilitar al estudiante su aprendizaje durante las prácticas. Los tutores han experimentado previamente las situaciones que viven los estudiantes. Antes de convertirse en profesionales

[55] Espacio Europeo de Educación Superior.

expertas, han experimentado la inseguridad de la inexperiencia y saben que sólo puede resolverse con la experiencia profesional:

> *"***I: ¿cómo crees que el alumno aprende contigo? ¿Qué es lo que tú puedes aportar a un alumno?** *T: pues mi experiencia ¿no? mi experiencia y un poco por qué haces esas cosas, ya no sólo cómo las haces, sino el por qué estás haciendo esto y no lo otro, un poco la experiencia mía." (UEM-E-T-3-3)*

Las vivencias y las experiencias anteriores de los tutores son los mecanismos que guían a los estudiantes en una determinada acción. Los tutores comparan cada experiencia actual con experiencias anteriores, aplicando y variando el curso de la acción en función de las características particulares de la situación actual. Eso es lo que aprenderán los estudiantes con el paso del tiempo:

> *"T2: estás trabajando en el día a día y lo vas viendo ¿no?, vas viendo lo que ella pueda necesitar*... (Se refiere a la alumna)" *(C-GDT09-2-7)*

La dificultad de los tutores aparece cuando se hace necesario intentar explicitar qué pasos se siguen en el curso de una acción profesional, para que el estudiante trate de ponerla en práctica. Son acciones o comportamientos que están tan interiorizados en los tutores que muchas veces no son capaces de verbalizar. Ese es el conocimiento experto de naturaleza práctica que permanece tácito y oculto a los ojos de los demás, pero que no por eso carece de gran valor en sí mismo. Los tutores tienen que intentar mostrar a los estudiantes este valor del conocimiento tácito, para que pueda orientarles en los siguientes cursos de acción:

*"***I: pero, cuando dices lo del esquema o el método organizado, cuando llega un paciente tú en realidad, en tu práctica habitual no utilizas ese esquema, ¿no? o ¿sí lo utilizas?** *T: yo, mentalmente sí lo utilizo, lo que pasa que por la práctica que tienes, por la experiencia, no lo necesito y puedo hacer muchos pasos a la vez, porque mientras estoy preparando la batea, estoy escuchando lo que está diciendo el médico y el paciente." (P-OB5-7-2)*

T: mira, la manera de coger gasometrías arteriales, me resulta complicadísimo de explicárselo (a los alumnos), *yo les explico, colocas el, pon los dos dedos, tal, este que es muy superficial, mira mete poquito, este parece que es más profundo, pero tienen que coger ellos la sensibilidad de la presión del pulso, para saber porque van a pinchar, es que yo no puedo explicárselo, no lo sé hacer." (PET-19-1)*

Los tutores, en la tutoría práctico-clínica de los estudiantes, se convierten en donantes, donantes de experiencias, de vivencias, de reflexiones y los estudiantes son receptores, pero no receptores pasivos. Los estudiantes no deben de conformarse con lo que les dicen, cuentan, con lo que ven de sus tutores. Deben aprender a reflexionar sobre todo eso, deben de tratar de adaptar esa forma de actuar de su tutor a la suya propia, deben de acostumbrarse a argumentar todo lo que realizan, deben de aprender a explicitar los motivos de cualquier acción profesional, dando rienda suelta a sus intuiciones y creatividad en el cuidado.

2.2 Las conexiones con la práctica ¿favorecen la reflexión?

En los análisis colaborativos, en las conversaciones reflexivas que tutores y estudiantes llevan a cabo sobre las actuaciones de la práctica, suele ser muy útil para los estudiantes, que los tutores establezcan conexiones, nexos de unión o similitudes entre sus argumentaciones, las reflexiones y los comentarios de los estudiantes, con las situaciones de la práctica cotidiana. Estas conexiones con la práctica ayudan al estudiante a orientarse, a imaginar y a situarse en la situación de la práctica, de forma que les facilita la reflexión posterior sobre ella.

El tutor va introduciendo elementos que varían o complican la situación, para tratar de fomentar la reflexión del estudiante en situaciones similares:

> "*T: normalmente tienen dos luces las vías periféricas. Por una va pasando la nitroglicerina y por la otra tienes que comprobar la permeabilidad de la vía, ¿cómo lo harías, metiendo suero*? *Si tú metes suero, toda la nitro que haya por ahí, la vas a pasar a más velocidad que la nitro que lleva. ¿Cómo lo harías?" (C-TUT-CA-7-3)*

Para conseguir que el estudiante reflexione sobre una situación concreta, a veces los tutores utilizan esquemas, dibujos e incluso material asistencial que intenta recrear la situación de la práctica de forma que se presente más real y accesible para el estudiante:

> *"T: ¿qué era lo que pasaba si yo hinchaba el globo?* (el globo del catéter pulmonar) *Que tocaba las paredes del ventrículo* [mientras habla lo está dibujando en un papel]. *¿Qué pasaba si tocaba las paredes del ventrículo? (UEM-TUT-MI-4-9)*

> *"T: normalmente, sí es verdad que las vías centrales se cogen en yugular o subclavia, con lo cual, lo tomas en cuenta, en cuanto a la cabeza del paciente, yugular o subclavia* [la tutora lo escenifica cogiendo el catéter, colocándolo en el cuello 1º y luego en el pecho] *entonces lo que pasa es que lo proximal está aquí* [señala por encima del cuello] *y lo distal está ahí* [señala por debajo del pecho]*, ¿vale?" (UEM-TUT-JE-8-9)*

Estas conexiones con la práctica sirven para que el tutor se asegure de la comprensión del estudiante y le facilite mostrarle como está entendiendo cualquier aspecto del cuidado. Estos razonamientos del estudiante, efectivamente, muestran al tutor como está entendiendo el alumno y son el material de trabajo del tutor. No se trata de buscar las argumentaciones erróneas en el alumno, sino de asegurarnos que el estudiante está entendiendo cómo, cuándo y por qué se tiene que actuar en una determinada situación profesional:

> *"T: tú cuando mides la presión venosa central y te da baja, el volumen de ese paciente es bajo. Si tienes un paciente con 6/3 de tensión y presión venosa central de 1, ¿qué harías?" (UEM-TUT-PA-3-1)*

Sería muy beneficioso para el estudiante que estos encuentros o intentos de conectar con la práctica fuesen lo más habituales posibles, pues favorecen los momentos de reflexión en los estudiantes.

2.3 Aprender de los errores

Parece que ha quedado constancia del valor de la experiencia como elemento que conduce al aprendizaje significativo del estudiante, aunque no el único.

El tutor es consciente de ello e intenta que el estudiante experimente y sea consciente de las consecuencias de sus actuaciones de la práctica. No se aporta la misma experiencia al estudiante con el relato de una experiencia, que con la observación de una experiencia, que con la vivencia de una experiencia. La vivencia acompaña a la acción de las emociones, de los miedos, de los sentimientos, todo ello, personal e intransferible:

> *"T: ...y que vean ellos* (los alumnos) *los problemas que si hacen eso...es que tienes que enseñarles a equivocarse para aprender." (PET-9-3)*

El tutor es consciente del valor de la experiencia y de la posibilidad de aprender de los errores porque previamente él ha pasado y experimentado todas esas situaciones:

> *"T: eso evidentemente me lo da la experiencia, porque claro hay cosas que digo como haga esto* (el alumno) *le va a pasar...porque es que antes me ha pasado a mí." (PET-9-3)*

El estudiante también intuye la necesidad de que le permitan equivocarse y descubrir que algo es mejor hacerlo de otra forma. Son conscientes de que cuando sean profesionales no van a contar con la ayuda de un profesional experto que les indique la mejor forma de realizar un cuidado. Demandan el acompañamiento del tutor pero que les permita total autonomía en las actuaciones, sobre todo, en las actuaciones que dominan y en las que se sienten seguros:

> *"A2: yo creo que porque cuando nosotras vamos con ellas* (con las tutoras) *siempre te ayudan, aún ningún día me han dejado, me ayudan porque a mí me faltan manos. Pero yo pienso que debería aprender de mis errores. Yo no tengo manos, pues algo haré me equivocaré, aunque esté a mi lado que me dejaran ya manejarme yo sola. (Q-GDA-8-22)*

Si el tutor se precipitara y alertara al estudiante de que la actuación no va a ser adecuada, evitaría la vivencia del estudiante y éste tendría muchas más posibilidades de volver a repetir su actuación inadecuada o no del todo correcta. Está claro, que sólo será posible permitir al estudiante aprender de los errores, cuando no exista ninguna consecuencia en la atención al paciente:

> *"T: sí reconozco que hay muchas veces que él me dice* (se refiere al alumno) *pues yo creo que...y como sé lo que va a pasar si hace eso, pues digo me voy a callar y digo ah sí, pues nada hazlo, hazlo, porque si yo se lo digo se le va a volver a olvidar y hasta que él no se vea que las manos están manchadas de sangre." (PET-9-3)*

En cambio, si el tutor, permite al estudiante que se equivoque, el mismo será consciente de lo inadecuado de su actuación y la incorporará a su mochila experiencial. El aprendizaje es muchísimo mayor cuando están viviendo en primera persona esa situación. Implica la vivencia del estudiante en la actuación en cuestión, para que aprenda de su propia experiencia. El tutor actúa de forma deliberada e intencional pues es consciente del beneficio que aporta al estudiante.

Cuando el tutor permite que el estudiante muestre una hipótesis de comprensión que no es la adecuada, que se equivoque delante de él, está contribuyendo a minimizar los posibles errores o equivocaciones delante del

paciente. En ese caso, las hipótesis de comprensión del estudiante vuelven a ser el material de trabajo del tutor. El tutor no debe juzgar la argumentación del estudiante en sentido normativo pues se estaría coartando la libertad del estudiante a equivocarse delante del tutor y no delante del paciente:

> *"T: ¿tú crees que ese es el orden que se debe hacer?* [El tutor pregunta a la estudiante en una tutoría sobre la recepción de la cirugía cardiaca] *me has comentado que era conectar el respirador, los drenajes, el pulsioxímetro, el EKG y la analítica. ¿Tú crees que ese es el orden que se debe seguir?* [El tutor pretende con esta pregunta asegurarse de que las hipótesis de comprensión de la alumna son las adecuadas, es decir, que comprende las razones para hacerlo de esa manera y no de otra. La alumna tras reflexionar sobre la acción que vivió el día anterior verbaliza su reflexión sobre la acción] [este es un momento de reflexión en la acción de la estudiante] *A: el respirador debe de ser lo primero y como viene monitorizada de quirófano pues eso no es tan importante*. [Se reafirma en su razonamiento]. *A: monitorizar el electro y todo esto, pues hombre como está monitorizado con el monitor yo pienso que sí, que es el orden porque también lo importante echar un vistazo al drenaje.* [El tutor en la relación autoriza a la estudiante a que se "equivoque" ante él para que ese error no sea llevado a la práctica. Destaca así mismo, el respeto que muestra al "momento de desarrollo" de la estudiante cuando en ningún momento "juzga" sus conocimientos en sentido normativo. El tutor formula en voz alta la conclusión equivocada y después pregunta a la estudiante si no considera mejor la opción que es la adecuada y apelando a sus

conocimientos experienciales][56] *T: ¿y no te parecería mejor, conectar el respirador, que ahí estamos de acuerdo que debe de ser lo primero, conectar primero el electrocardiograma, en nuestro monitor, aparte del que venga de quirófano y el pulsioxímetro y luego mirar drenajes?" (CJI-12-(8-13))*

El estudiante en el mismo momento en el que es consciente que debe mejorar o modificar la actuación, activa sus procesos reflexivos, intentando pensar qué ha fallado, qué tiene que variar, cómo podría haber actuado...

Es fundamental que el tutor le acompañe y colabore con él en la construcción de significados de la nueva actuación.

2.4 Los ejemplos y los relatos de las prácticas: fuente de aprendizaje práctico

En la tutoría práctica es frecuente y además muy útil el empleo de ejemplos profesionales o cotidianos por parte del tutor con la finalidad de facilitar al estudiante la comprensión de conceptos abstractos, más complejos y esenciales de la práctica. El tutor utiliza situaciones vividas en las prácticas con anterioridad para asimilar nuevos conceptos. No siempre son ejemplos de situaciones de la vida profesional, sino que también son muy gráficos los ejemplos que reflejan situaciones de la vida cotidiana y que guardan relación con situaciones de la práctica profesional. A los estudiantes, estás similitudes les ayudan a comprender determinados conceptos complejos y esenciales de la práctica, que de otra forma, tardarían más en descubrir. Mediante los ejemplos, el tutor intenta simplificar y clarificar la comprensión del estudiante,

[56] Análisis corroborado por el tutor en las devoluciones posteriores a los cursos de tutoría reflexiva.

le ayuda a descubrir por el mismo la complejidad de ciertos fenómenos de la profesión. Podríamos entenderlo también como intentos del tutor para acercar la práctica asistencial a la realidad del estudiante.

> En una de las tutorías, la tutora, utiliza un ejemplo de la vida cotidiana para explicar un aspecto importante del funcionamiento del catéter Swan-Ganz, la colchoneta en la playa y las corrientes del mar:
>
> *"T: además de para que no nos toque con las paredes del ventrículo...tú cuando estás en una colchoneta en la playa, tú estás en la playa, en el mar, te tumbas en la colchoneta, ¿hacía donde te tira el mar? T: ¿Hacía dónde vas con la colchoneta? A: hacia dentro. T: hacia dentro si estás muy lejos o hacia la orilla, hacia donde te lleva la corriente. A: exacto. T: aquí es exactamente igual, el globo lo que hace es igual que tu colchoneta y tú en la playa, va hacia dónde va la corriente. Si no tuviéramos el globo es bastante difícil que esto haga así* [está señalando el paso del ventrículo derecho a la aurícula izquierda], *sin embargo al tener el globo… T: al inflar el globo, va hacia donde va la corriente, ¿hacía dónde va? A: hacia la arteria pulmonar, porque es donde sale del corazón. T: efectivamente vale, hacia la arteria pulmonar, entonces el globito vuelve por la playa y va hacia dónde va la corriente. Y seguiríamos con el globito hinchado hasta que ya no pasa más." (UEM-TUT-PA-4-(1-12))*

Con la utilización de ejemplos cotidianos o de la práctica asistencial, los tutores tienen la posibilidad de asegurarse de que los alumnos alcanzan determinada comprensión de algún fenómeno complejo de la práctica, porque les acercan y

les facilitan la práctica con el objetivo de simplificarla y ofrecérsela al estudiante de forma más asequible:

> En la entrevista posterior con la tutora se la interroga sobre porqué utilizó este ejemplo para la explicación del catéter Swan-Ganz©:
>
> *"T: hombre yo creo que es fácil de entender y sabes perfectamente lo que te pasa cuando estás en el mar con la colchoneta y no es que sea igual, pero sí es muy parecido a lo que le pasa al balón en el Swan-Ganz©, entonces yo creo que es mucho más fácil de entender que si no dices ese tipo de ejemplos ¿no? ...yo creo que así te aseguras de que él sabe* (se refiere al alumno) *por qué se va el balón a través de la arteria pulmonar y todo eso." (UEM-E-T-3-7)*

Los ejemplos también son utilizados por los estudiantes cuando quieren intentar mostrar a su tutor como están comprendiendo, relatando situaciones vividas anteriormente en la práctica por ellos. La mochila experiencial del estudiante es revisada y ampliada a medida que transcurre la tutorización. Estos relatos son presentados al tutor para confirmar formas distintas de hacer las cosas o para hacer ver al tutor que eso, ya ha sido experimentado por el estudiante con anterioridad. Son del tipo: yo vi una vez, me pasó una vez...

> *"A1: una situación que no se me va a olvidar, fue un neumotórax a tensión en un paciente de la UCI, que por momentos se iba, se desaturaba y había que actuar ya..." (P-GDA-13-8)*

2.5 La adopción del rol profesional como medio para la integración de conocimientos

La adopción del rol profesional ayuda al estudiante a experimentar la responsabilidad de la profesión en su totalidad. No me estoy refiriendo a delegar determinadas actividades de la práctica, sino a delegar en el estudiante, el cuidado de un paciente en su totalidad. La delegación de las funciones profesionales es muy útil en estudiantes de último curso formativo, pues les ayuda a integrar conocimientos, conceptos y a considerar las situaciones de la práctica como un todo. En los últimos periodos de prácticas clínicas previos a la actividad profesional, los estudiantes experimentan ya el miedo escénico de la responsabilidad profesional que próximamente tendrán que asumir. No se sienten preparados, son momentos en los que afloran muchas dudas y muchas inseguridades en los cuidados. El asumir la responsabilidad del cuidado de los pacientes, el trabajar por pacientes y no por tareas les ayuda a adquirir seguridad en el cuidado, les hace conscientes de la importancia de los detalles y les hace participar en actividades profesionales de las que antes no se han ocupado, bien porque no les han permitido la oportunidad o bien porque no han surgido la ocasión. Mediante la adopción del rol profesional, los estudiantes tienen la posibilidad de vivenciar y experimentar las situaciones de la práctica tal y como son realmente, tienen la capacidad de mostrarse autónomos en el cuidado profesional, de resolver los dilemas de las prácticas y de enfrentarse a la complejidad de la realidad asistencial, sin la ayuda, en principio de su tutor:

> *"A3: el quedarte tú sola con los pacientes, te pones a mirar la medicación y ves que le toca un nolotil®, ¡ah! pero espérate porque aquí le han puesto otro a las seis y miras a ver si puede esperar y tiene*

mucho dolor y vas valorando y le preguntas mil veces es usted alérgico al nolotil® y cuando se lo ponga le tomo la tensión y antes era como pues te he puesto el nolotil® y ya está." (P-GDA-16-6)

"A2: cada vez vemos más cerca, que no nos queda nada para salir y que te vas a enfrentar tú sola, ya te das cuenta." (P-GDA-16-7)

Los estudiantes, por este motivo, demandan que se les dé la oportunidad de realizar durante su periodo de formación práctico, otro tipo de actividades que les ayuden a integrar conocimientos, a valorar desde una perspectiva global las situaciones prácticas... Actividades como preparar sesiones monográficas sobre algún tema, comentar casos clínicos con otros compañeros y con sus tutores, buscar bibliografía sobre algún aspecto de la práctica... Todas estas actividades que demandan los estudiantes ahondan más en el hábito reflexivo que intentamos, forme parte de la formación de los futuros profesionales y de las propias enfermeras:

"A5: y sabes que ayudaría, que pudiéramos tener un tiempo para hablar, hacer casos clínicos como los médicos o hablar simplemente y decir mira yo he tenido un paciente con esto, esto y esto, le hemos puesto esto, hablarlo entre nosotros." (P-GDA-32-2)

En la formación de otras profesiones asistenciales, sí que está asumido que los estudiantes están en periodo de formación, que no tienen responsabilidad sobre la asistencia y sí sobre su formación. En enfermería, por los propios orígenes de la profesión, por su evolución y por su tradición histórica, por su vinculación de profesión ligada al género femenino, profesión supeditada a otros profesionales, a los aspectos religiosos, al voluntariado...todo eso,

contribuye a que se considere a los estudiantes de enfermería como parte de la plantilla del centro asistencial en cuanto a las responsabilidades de trabajo.

2.6 La unión entre el mundo teórico y el práctico: una necesidad para los estudiantes

La falta de coordinación entre el mundo asistencial práctico y el mundo universitario teórico provoca dificultades de aprendizaje en los estudiantes. Si desde los planes de estudios nuevos, se otorga al practicum un papel protagonista en la formación inicial de los estudiantes de enfermería, parece evidente la necesidad de que ambos, contexto el teórico y el practicum, vayan de la mano y se coordinen en beneficio del aprendizaje de los alumnos.

Ya hemos comentado que la Enfermería es una profesión eminentemente práctica, que su conocimiento es un conocimiento práctico que no puede enseñarse en las aulas, sino que se debe aprender en el contexto de las prácticas clínicas, en el contexto del cuidado.

Ambos contextos, universidad y centros asistenciales han de velar por los intereses del estudiante desde el punto de vista del aprendizaje. Se tienen que hacer esfuerzos por unificar las competencias que los estudiantes tienen que adquirir y desarrollar durante su periodo práctico. Dichas competencias tendrían que ser consensuadas con las tutoras de prácticas clínicas, que son las expertas, las que verdaderamente conocen lo que tiene que aprender el estudiante en esa unidad:

> *"T: yo me guío por mis propios objetivos, los que yo creo que tienen que cumplir es esta urgencia. Los objetivos a mí me parece que son tan generales que son objetivos que valen para todo." (P-OB7-3-3)*

Los estudiantes son conscientes de los beneficios que les reporta el que los conocimientos teóricos vayan coordinados con los prácticos. Esto, favorece la integración de conocimientos y la comprensión de los aspectos esenciales de la práctica:

> *"A5: cuando algo que yo he dado en clase relativamente esa semana o la anterior, ocurre allí, si yo estoy en la urgencia y en el momento justo en que lo estoy dando, que lo tengo todo muy fresco, tengo suerte y llega un paciente con eso justo, lo entiendes todo mejor." (P-GDA-14-6)*

> *"A5: de repente claro, lo asocias, lo acabo de ver, ese día vas a clase y continúas viéndolo, claro esto es lo que he visto y es cuando notas que has entendido porqué se le han hecho los cuidados, has entendido en su conjunto..." (P-GDA-15-2)*

> *"T2: hombre lo ideal yo creo que sería que cuando estuvieran estudiando psiquiatría o pediatría por ejemplo, hicieran prácticas de pediatría o de psiquiatría..." (C-GDT010-5-3)*

2.7 Lo esencial del cuidado

Una de las características del cuidado profesional es su gran diversidad. Existen muchas formas diferentes de realizar un cuidado y todas ellas pueden ser adecuadas. Esta característica de las acciones profesionales, provoca que en los estudiantes sea más complicado aprender a realizar determinadas actividades, pues implica que desde el primer momento, pongan en práctica su pensamiento reflexivo y crítico para decidir cómo y porqué actúan de una determinada forma. No existen recetas, ni formas únicas de actuar, sino que

existen muchas alternativas en las actuaciones profesionales, sobre todo en la forma de adornar los cuidados, en los detalles.

Los tutores tienen que tener la habilidad de señalar a los estudiantes la esencia del cuidado y no su forma particular de hacer una determinada actividad. La esencia del cuidado es lo verdaderamente importante que deben aprender los estudiantes:

> *"T: antes de hacer el lavado* (se refiere a un lavado vesical) *quiero saber si sangra, si tiene coágulos, si ha tenido retención...así hacemos lo que tenemos que hacer, lo demás puede esperar." (P-OB5-3-2)*

Los estudiantes en su papel de principiantes o debutantes no son capaces de distinguir lo importante y básico, de los detalles, que también son importantes, pero que dependen más del criterio o preferencia particular. Es para eso, para lo que necesitan frecuentemente a su tutor. Los estudiantes valoran mucho está capacidad del tutor de mostrarles lo esencial de la práctica pues la perspectiva del experto es más amplia y permite la distinción con cierta facilidad. Para los futuros profesionales, esta capacidad de los tutores es inviable, pues están perdidos en la complejidad de la acción, en los pasos para llevarla a cabo, en sus propios miedos, en la falta de destreza técnica, en conocimientos insuficientes y, sobre todo, en la escasez de experiencia en situaciones similares de la práctica:

> *"T: es preferible en una urgencia parar un momento para pensar si no estás segura de la medicación que debes poner." (Q-OB17-2-6)*

2.8 El legado de la identidad profesional y la jerarquización de los cuidados

A lo largo de los meses de convivencia con estudiantes y tutores en el contexto práctico, he sido consciente de la necesidad que tienen los profesionales de transmitir su identidad profesional, la necesidad de estar continuamente justificando sus acciones profesionales ante los demás, ante sí mismas y ante los estudiantes. Se trata de un requerimiento fundamental con el que pretenden que todas las actuaciones que se realicen en el ejercicio de sus funciones, sean el fruto de un proceso de reflexión y que no surjan del hecho de seguir supeditadas a la profesión médica. Los cuidados profesionales deben de llevar implícito un sentido o razón y no deben de ser el resultado de obedecer órdenes, de realizar actividades delegadas sin encontrarlas un sentido y no deben de ser fruto del azar:

> *"T: a mí me parece que es muy importante la valoración de enfermería, que se acostumbren* (se refiere a los alumnos) *a recoger datos para poder pensar y saber como tienen que actuar, porque yo no le doy tanta importancia a las tareas, pincha esto, pincha lo otro..." (P-OB6-6-4)*

He aquí el papel crucial que otorgaría la reflexión a la actuación profesional. Sólo mediante las actuaciones reflexionadas y analizadas se podría justificar el fundamento de un determinado cuidado y no otro:

> *"T: les digo tenéis que aprender a tener vuestro criterio* (se refiere a los alumnos)*, porque os van a volver locos, no puede ser que dependiendo de quien esté* (de la tutora que esté), *lo hagáis de una manera o de otra... "(PET-12-2)*

Las actividades de destreza técnica pueden ser realizadas por cualquier profesional que las practique, que tenga la habilidad. En cambio, los cuidados profesionales surgen de la valoración y consideración de multitud de aspectos del paciente, de tener en cuenta sus individualidades, el contexto del paciente, de su familia... y son éstos, los que sólo pueden ser realizados por un profesional de la enfermería, de ahí la importancia de que se transmita a los estudiantes la necesidad de justificar su forma de actuar, de justificar su criterio con fundamento mediante el uso del pensamiento reflexivo y crítico:

> [Llega el residente de hematología e indica a la tutora que se coloque una sonda vesical al paciente para medir la diuresis. La tutora le dice que si es sólo para medir diuresis, que no hace falta sondarle, que vale con un colector externo. El médico no pone impedimento. La tutora se dirige a la estudiante], *T: ellos* (refiriéndose a los médicos), *siempre te van a pedir la sonda, pero para eso estás tú, para decir que no, en determinados casos, claro, como este, en que sólo la necesitan para controlar diuresis (P-OB3-14-4).*

Esta necesidad de actuar con fundamento se ha de cultivar en los estudiantes, pero la competencia profesional se irá construyendo con el paso del tiempo y con ayuda de la experiencia profesional.

Los estudiantes deberían aprender a valorar al paciente de forma adecuada. Valorar al paciente, significa interesarse por sus particularidades, recoger información necesaria para luego analizarla y poder planificar los cuidados necesarios, bien para resolver situaciones de salud deficientes o bien para mantener un estado de salud óptimo.

El que sean capaces de valorar de forma adecuada al paciente, es una tarea complicada, pues significa tener en cuenta al paciente como persona, en toda su complejidad y eso requiere experiencia, conocimientos y capacidad de integración y de relacionar conceptos. Para las tutoras, esta valoración profesional surge como resultado de ese conocimiento tácito del que son portadoras como expertas, pero para el estudiante es más complicado, pues supone el considerar al paciente como un todo:

> *"T: los datos de la valoración del paciente se van obteniendo mientras escuchas las preguntas que el médico realiza, al desvestir al paciente, consultando la historia médica y preguntándole al paciente, cuando vas desvistiendo al paciente, te vas fijando en cosas." (P-OB1-4-5)*

Los estudiantes tienen que aprender a cultivar el hábito de la reflexión por medio de la escritura. Los profesionales tienen que dar importancia a los registros profesionales pues no sólo refleja en ellos el estado del paciente, sino cuáles han sido los cuidados, cómo están funcionando, qué se ha variado...en definitiva, reflejan y dejan constancia de la actividad profesional y sirven de comunicación entre distintos profesionales:

> *"T: es registrar todo para que tu compañera sepa todo lo que le pasa a la paciente, tenemos que hacer un resumen de lo más importante que le pasa a la Sra., tiene que quedar claro que no es un sangrado actual." (P-OB4-3-15)*

Son muchas las situaciones que se viven en el contexto práctico y que son el resultado de una jerarquización de cuidados profesionales. Los profesionales priorizan en los cuidados de colaboración, tales como la administración de medicación, las diferentes técnicas... Los estudiantes, desde sus inicios en la

formación práctica, conviven con profesionales que priorizan en esos cuidados y que delegan en las auxiliares los cuidados básicos, que son los que se infravaloran. No es de extrañar, por tanto, que los estudiantes prioricen su aprendizaje también en las destrezas técnicas, pues eso ha sido lo que han observado en sus tutoras y que son un reflejo de la enfermería como profesión:

> *"A: te ibas a hablar con el paciente y es como si no estuvieses haciendo nada..." (P-GDA-27-7)*

> *"A: de todas las enfermeras que había, sólo una era la que iba a hacer los encamados con la auxiliar, sin embargo, yo nunca he visto excepto esa enfermera y alguna más, hacer un encamado a una enfermera, nunca en mis tres años de carrera, nunca." (P-GDA-20-3)*

> *"T: las técnicas las controlan más o menos* (los alumnos), *lo que yo creo que les cuesta es priorizar, saber por qué hago esto y no hago lo otro. La vía la cogen prácticamente todos, estupendamente, pero porqué estoy cogiendo una vía periférica...sondar saben perfectamente todos, pero porque estoy sondando...yo creo que muchas veces nos centramos en técnicas, técnicas y no nos centramos en porque hacemos este tipo de técnicas." (UEM-E-T-4-10)*

> *"A: cosas básicas, básicas como recoger una muestra de orina, yo eso lo he aprendido en tercero, porque a nosotros nadie nos ha contado como se recoge un pis, me refiero a que no lo has hecho nunca, sí a lo mejor has visto a la auxiliar hacerlo." (P-GDA-19-3)*

3. EL LEGADO DEL CUIDADO COMO APRENDIZAJE REFLEXIVO

3.1 Las conversaciones reflexivas guiadas

Las conversaciones reflexivas guiadas van a suponer, en el contexto práctico, uno de los mecanismos más potentes, mediante los cuales, tutores y estudiantes, comparten sus reflexiones sobre los aspectos esenciales del cuidado.

Estas conversaciones son espacios de reflexión colaborativa entre el tutor y el estudiante, que debieran suceder de forma habitual durante la formación práctica de los estudiantes. Lo ideal sería que se convirtieran en conversaciones rutinarias entre estudiante y tutor. Para que esto suceda, una de las premisas vuelve a ser la necesidad de que el estudiante permanezca durante todo su periodo práctico con el mismo tutor, de forma que sea posible, que se establezca una relación pedagógica entre ambos, basada en el diálogo y la confianza mutua.

Estos encuentros reflexivos pueden ser desde tutorías previamente planificadas hasta encuentros informales que surjan durante la realización de las actividades de la práctica. Pueden surgir en los momentos previos a la realización de los cuidados, durante el curso del desarrollo de los mismos o bien tras la atención profesional. Además, las reflexiones pueden ser el resultado del análisis de la actividad realizada por el estudiante, lo cual sería lo más beneficioso, o bien, el análisis de la acción desempeñada por el tutor o por otro profesional.

El tutor, durante estas conversaciones, debe de tener presente, que su prioridad es que el estudiante reflexione y, para ello, pondrá en práctica sus habilidades como profesional reflexivo y las distintas estrategias reflexivas que

conoce con la finalidad de guiar al estudiante hacia la comprensión de los fenómenos complejos de la práctica.

Estas conversaciones son un modo de guiar al alumno, mediante la utilización de las preguntas, hacia unos objetivos de aprendizaje concretos; son conversaciones socráticas. Éstas, se manifiestan cuando la dirección del aprendizaje se desarrolla mediante el encadenamiento de interrogaciones y respuestas, gracias al cual, el pensamiento del alumno es guiado hacia el descubrimiento de las ideas y/o procedimientos que el tutor desea mostrarle. En este tipo de conversaciones, se puede recurrir a una multiplicidad de preguntas y a la emisión de orientaciones que, a modo de pistas, ayuden al alumnado a construir nuevos conocimientos. El papel del tutor sería el de guía o acompañamiento hacia la búsqueda del conocimiento.

El tutor, en todo momento, partiría de las respuestas del estudiante para ir introduciendo contenidos e ideas importantes sobre el aspecto del cuidado que están reflexionando de forma colaborativa. A través de estas conversaciones reflexivas, el tutor va aumentando la complejidad de razonamiento e introduciendo ideas cada vez más complejas. Son diálogos entre el tutor y el estudiante, en el que juega un papel básico la relación que se haya establecido previamente entre ambos. El estudiante tiene que sentirse libre y con confianza para mostrarle al tutor como está entendiendo determinado aspecto o situación profesional. Es fundamental, que no se sienta juzgado en sentido normativo para que pueda preguntarse ante el tutor y pueda equivocarse ante él, sin miedo a sentirse recriminado.

Es en esa tutoría, en la que se tienen que poner en marcha todas las estrategias reflexivas necesarias, para que el estudiante aprenda de forma significativa:

> Este es un fragmento de una de las conversaciones reflexivas entre una tutora y una estudiante:
>
> *"A: entonces eso, una de las enfermeras se pone en el lado izquierdo y entonces es la que le pone el pulsi para medir la saturación, entonces ve que viene con disnea y que tiene una saturación del 90%. Se le cambian las gafas y se le pone un ventimask© al 50 %.* [La estudiante explica las acciones para mantener una buena ventilación. La tutora formula una primera pregunta al detectar que en las hipótesis de comprensión de la estudiante una omisión de aspectos relevantes del cuidado enfermero, la posición del paciente]. *T: antes de eso, también ¿qué harías? un paso un poco más sencillo que ponerle una mascarilla, un ventimask©, algo con lo que el paciente podría mejorar muchísimo más que con un ventimask©. A: ¿abrirle la vía o qué?* [La tutora a partir de su conocimiento experto, situado, contextualizado, reconduce la reflexión de la estudiante para sumergirla en el caso real]. *T: Partimos de la base de que el viene con disnea, pero viene respirando, vía aérea permeable.* [Formula una segunda cuestión apelando a los conocimientos experienciales, no técnicos de la estudiante para tratar de guiar su reflexión un aprendizaje por descubrimiento]. *T: ¿tú cuando te atragantas qué haces? A: toser. T: y ¿cuál es tu postura? A: incorporarme T: por ejemplo. A: incorporarme T: incorporarle, ponerte en una posición de 30-45º en fowler y con eso mejorará el trabajo*

respiratorio y bajará la ansiedad del paciente. Siempre con ansiedad aumenta el consumo de oxígeno del miocardio vale. "(C-TUT-CA-3-5)

3.2 Las estrategias reflexivas como mecanismo para fomentar la reflexión del estudiante

Se ha comentado con anterioridad, la necesidad de que la reflexión se convierta en un hábito en el aprendizaje práctico de los estudiantes. Para ello, el papel de los tutores como prácticos-reflexivos es fundamental. Los tutores para ayudar a los estudiantes a reflexionar tienen que, previamente, haberse convertido en profesionales reflexivos, otorgando a los procesos reflexivos un papel crucial en su desarrollo profesional. A pesar de esto, como también ellos han expuesto, para poder contribuir a que los estudiantes reflexionen sobre su práctica, previamente han de ser formados en estrategias reflexivas.

A partir de este momento, vamos a comenzar a desgranar cada una de las estrategias reflexivas observadas y estudiadas durante la investigación, describiendo cuando se han de utilizar y cómo favorecen la reflexión del estudiante; todo ello, desde las voces de los protagonistas.

3.2.1 La empatía didáctica y su efecto en el aprendizaje práctico del estudiante

Mediante esta estrategia, el tutor favorece la motivación del estudiante y la confianza en sí mismo. Los tutores, mediante la empatía didáctica, valoran positivamente la respuesta del estudiante, sobre todo, porque esas respuestas muestran como el alumno comprende la situación en cuestión, es decir, muestran al tutor sus hipótesis de comprensión sobre un aspecto o situación del cuidado. El tutor tiene que hacer el esfuerzo continuo, de ponerse en el

lugar del alumno y valorar sus respuestas o comentarios, desde la perspectiva del estudiante y nunca desde su visión como experto.

Las hipótesis de comprensión del estudiante deben de ser el material de trabajo del tutor, que partiendo de los comentarios del estudiante, debe ir introduciendo conceptos más complejos de la práctica. La empatía didáctica implica no decir nunca no, eso no es así, no es correcto...evitando así, juzgar en sentido normativo la comprensión del estudiante y evitando coartar la libertad de expresión del estudiante.

El tutor debiera de tener la habilidad de utilizar la respuesta del alumno para continuar con la argumentación que desea plantear. De esta forma, el estudiante se siente protagonista y participe de la explicación o razonamiento del tutor. Implicaría la utilización de las frases o las explicaciones que aporta el estudiante dentro de la línea argumental del tutor, haciéndole partícipe de la explicación. Esta situación aumentará en gran medida la motivación del estudiante, haciéndole sentir que parte de lo que el tutor está tratando de explicar, ha sido aportado por el mismo. Esta estrategia contribuye a que el estudiante tenga confianza en sí mismo, contribuye también a pensar que la tutora considera su criterio y su opinión, como importante. Además, mediante la empatía didáctica se fomenta la libertad del estudiante y su creatividad en el cuidado, ya que se siente con la suficiente confianza y apoyo, como para compartir con su tutor, las ideas que le van surgiendo como resultado de las reflexiones individuales o colaborativas de la práctica:

Fragmento de otra conversación reflexiva entre tutora y estudiante:

"T: si en vez de 1, esta presión venosa central es de 18 con esta PA? A: O sea 18 de PVC con esta tensión T: sí, con 5/3 de tensión. ¿Ahí

meterías más volumen? A: no. T: vale, esta hipotensión no es debida a hipovolemia, no es debida a poco volumen, será debida a otras causas, con lo cual volumen ya no meterás. Meterás medicación para aumentar esa tensión ¿vale? A: sí T: ¿cómo cuál? T: ¿qué medicación aumenta la tensión? A: la atropina, por ejemplo. T: la adrenalina. [La tutora no dice un no rotundo aunque en este caso lo es. La atropina no sube la tensión].*" (UEM-TUT-MI-3-(10-20))*

Otro fragmento de conversación reflexiva entre estudiante y tutora:

"T: ¿qué hacíamos con el tubo? A: pues había que comprobar que tenía, que la bolsa, bueno no es la bolsa A: el globito T: eso es el balón de neumotaponamiento. A: el balón de neumotaponamiento, teníamos que comprobar que no estaba pinchado antes. Se metía 10, lo sacábamos, se volvía a quedar finito y entonces ya habíamos comprobado que no estaba pinchado y lo podías introducir, eso lo hacíamos, qué más hacíamos…T: ese globo ¿para qué sirvió, una vez puesto? A: Para que no se vaya, para que se fije la sonda que le has metido (esa no es la respuesta que busca la tutora) *T: vale, para qué más, ¿te acuerdas? A: si había hemorragias las contenía, ¿no?* (esa respuesta tampoco es la que buscaba la tutora) *T: dependiendo, sí tiene su lógica, si tienes hemorragia, por ejemplo, con las cánulas de traqueotomía, muchas veces se inflama mucho, mucho el globo para cohibir la hemorragia, si está sangrando, si tiene su lógica, efectivamente. Vale, para que más* (la tutora va utilizando las respuestas de la alumna para ir introduciendo explicaciones).*" (UEM-TUT-JU-3-(12-22))*

3.2.2 El silencio pedagógico y su efecto sobre la reflexión

Los tutores son conscientes de las repercusiones positivas para el estudiante, que tiene lo que he denominado, silencio pedagógico.

El silencio pedagógico sería la estrategia reflexiva, mediante la cual, no se resuelven los interrogantes de la práctica del estudiante. Son los alumnos, los responsables en primer término de encontrar o de resolver los dilemas de la práctica profesional.

Según las voces de los tutores, el aprender a callarse no es tarea fácil. Es mucho más sencillo y se emplea menos tiempo cuando el tutor responde a las preguntas del estudiante sin dejarles un tiempo de reflexión.

El silencio pedagógico provoca muchos momentos de reflexión en la acción, que generan pensamientos reflexivos en los estudiantes sobre determinados aspectos de las prácticas. Pero, para que el silencio pedagógico genere reflexión, es necesario proporcionar tiempo al estudiante y que exista una relación pedagógica con el tutor basada en la confianza y el respeto mutuo:

> *"***I: ¿y por qué te quedas callada? (pregunta que se formula a la tutora).** *T1: para no resolverles la* duda (a los alumnos), *muchas veces incluso empiezo a hacer preguntas para orientarles, pero están acostumbrados y nunca van a tener a una persona detrás que les vaya dando pistas, eso lo puedes hacer al principio..." (P-OB7-6-1)*

Para los estudiantes, el que les resuelvan todas sus dudas, implica menos esfuerzo y menos trabajo por ellos mismos. La búsqueda de respuestas, supone un gran esfuerzo por parte del estudiante, lo cual, favorece que ese aprendizaje que están descubriendo se convierta en un aprendizaje

permanente y significativo, que no ha sido una donación total y absoluta del tutor:

> *"T: ellos* (los alumnos) *hacen preguntas porque es más fácil que tú se lo contestes a ellos, que lo tengan que pensar." (PET-15-2)*

El estudiante se habituará a buscar él mismo las respuestas a los interrogantes de la práctica, si sabe que su tutor no se las responderá directamente, que es a lo que estaban acostumbrados los estudiantes. El modelo de tutoría ha cambiado. El tutor ha pasado a ser la persona ante la cual el estudiante puede preguntarse y no la persona a la que preguntar:

> *"T: habrá muchas preguntas que antes de formularlas se* pongan (los alumnos) *a reflexionar porque como saben que no se las vas a contestar, entonces dicen primero me lo voy a trabajar yo por mi parte." (PET-15-2)*

Muchas veces, el silencio pedagógico ocasiona que el tutor responda a una pregunta del estudiante con otra pregunta, es decir, que le devuelva a él la responsabilidad de la búsqueda de respuestas:

> *A1*: [el alumno tiene el tazocel en la mano y pregunta a la tutora] *¿en cuánto lo cargarías? T1: dímelo tú ¿en cuánto crees que deberíamos cargarlo?* [la tutora le devuelve la pregunta para que sea él quién plantee o encuentre la solución al problema]. *A1: en 50 ml T1: ¿por qué lo pondrías en 50 ml? A1: porque si no es mucho líquido lo que la metemos. T1: claro, porque también hay que controlar los líquidos de los antibióticos que le administramos a la paciente (P-OB3-5-6)*

3.2.3 El poder de la indagación. Los tipos de preguntas

El tutor como profesional reflexivo durante las prácticas clínicas debe asumir el papel de guía y de acompañante del estudiante, favoreciendo la reflexión y la búsqueda del conocimiento del alumno. Para ello, es necesario que domine el arte de la pregunta, de la interrogación, pues debe de tener presente, la necesidad de estimular continuamente al estudiante para que ponga en marcha sus procesos de reflexión individual, de reflexión en y sobre la acción.

A partir de aquí, se irán exponiendo los distintos tipos de preguntas que puede poner en marcha el tutor, desde el punto de vista de la capacidad de la pregunta de generar reflexión en el alumno. Desde esta óptica, existen tres grandes grupos de preguntas o formas de preguntar: las preguntas reflexivas, las preguntas mixtas y las preguntas no reflexivas. A continuación, se desglosan cada uno de los 3 grupos y se explican cada uno de los tipos de preguntas de los que se compone cada grupo.

3.2.3.1 Preguntas reflexivas

Las preguntas reflexivas serían las que mayor capacidad de reflexión provocarían en el estudiante y las que más debiera de utilizar el tutor. Dentro del grupo de las preguntas reflexivas estarían: las preguntas reflexivas puras y las preguntas que responden a otras preguntas.

- Preguntas reflexivas puras: preguntas del tutor que intentan provocar la reflexión del estudiante. Surgen de forma espontánea por iniciativa de la tutora y marcan el inicio el diálogo reflexivo o las conversaciones socráticas. Provocan en el estudiante momentos de reflexión en y sobre la acción:

"T: el señor no está parado, estaba respirando y tenía pulso. ¿Por qué piensas que se ha traído el carro de parada?" (C-TUT-AR-3-6)

"T: diuresis y temperatura las primeras 4 horas cada media hora y luego ya horariamente. Ya has analizado todo eso ¿qué más harías en ese paciente que se va a quedar a tu cargo?" (C-TUT-JI-16-15)

- Preguntas que responden a otras preguntas: preguntas que plantea el tutor al estudiante para favorecer que sea el propio estudiante quien se responda a la pregunta que el mismo acaba de plantear al tutor. Implica que el tutor aprenda a callarse las respuestas y a hacer uso del silencio para que el estudiante alcance por el mismo las respuestas. Surgen por iniciativa del estudiante y es el tutor quién las reconvierte en reflexivas puras, a la vez, que pone en juego otra estrategia reflexiva mediante la utilización de este tipo de preguntas, que es el silencio pedagógico pues el tutor no responde al estudiante. Implica la capacidad del docente de no responder a las preguntas o dudas del estudiante e iniciar un diálogo reflexivo para tratar de que sea el mismo alumno quien encuentre las soluciones a los dilemas de la práctica:

"A: ¿esto qué es? [el alumno agarra uno de los cables del sistema arterial] *si esto va a la arteria, esto ¿dónde va? T: ¿Qué estamos midiendo por aquí?" (UEM-TUT-JE-7-9)*

3.2.3.2 Preguntas reflexivas mixtas

Este tipo de preguntas no siempre tienen como finalidad provocar la reflexión del estudiante de forma directa. Su uso implica dar pistas u orientaciones a los estudiantes.

- Preguntas retóricas: preguntas que plantea el tutor como desarrollo de su argumentación para contestarlas él mismo, puesto que no favorecen, ni se espera ninguna respuesta por parte del alumno. Son preguntas que no favorecen la reflexión de la otra persona pues forman parte de los procesos reflexivos de la persona que los utiliza, que puede ser el tutor o el estudiante. Pudieran ser útiles para mantener la atención del propio discurso y generar reflexión en uno mismo y no en el contrario.

El poder de este tipo de preguntas reside en la capacidad de generar reflexión en la acción en el seno de una argumentación, generalmente del tutor y, en ocasiones, del estudiante:

> *"T: si llega poco volumen habrá poca presión, si llega mucho volumen habrá mucha presión. Entonces, ¿qué es lo que tendrás que hacer para subir esa presión? Aumentar el volumen, ¿lo entiendes?" (UEM-TU*T-MI-3-9)

- Serie de preguntas: el tutor enlaza una serie de preguntas, preguntas reflexivas que suelen tener relación, o suelen ser formas distintas de preguntar un mismo aspecto del cuidado. Suelen ser intentos del tutor de ayudar al estudiante en la comprensión de la pregunta que se está realizando. Se deben de utilizar con precaución, pues pueden generar ansiedad en el estudiante, que se lo puede tomar como un interrogatorio, sobre todo, porque se suceden una tras otra, sin dar tiempo entre una y otra al estudiante para que reflexione sobre cada uno de los interrogantes. A veces, no son preguntas sobre un mismo aspecto del cuidado, sino que son múltiples preguntas sobre aspectos diferentes del cuidado. El efecto que suelen generar en el estudiante es de ansiedad y desvío de la atención:

> *"T: ¿por qué hay que medir la venosa? Que las presiones venosas estén bajitas ¿qué va indicar?" (C-TUT-JI-14-7)*

- Frases inacabadas: no son preguntas, sino frases incompletas que buscan una respuesta o comentario por parte del estudiante. El tutor interrumpe la frase, que no finaliza, para que lo haga el estudiante. Este tipo de estrategia actúa a modo de pista u orientación en el estudiante:

> *"T: y oíste decir algo a algún médico* [pregunta el tutor a la alumna], *decían algo con respecto a los drenajes, a este drenaje hay que hacerle tal cosa..." (C-TUT-JI-13-7)*

- Preguntas dirigidas: en conversaciones socráticas van dirigiendo las respuestas de los alumnos. Son las preguntas que va realizando el tutor en el seno de un diálogo reflexivo o conversación socráticas, con alguna intención. Algunas de esas preguntas que el tutor realiza pueden no ser reflexivas, pero sí se desarrollan en el seno de un diálogo reflexivo:

> *"T: esas secreciones, le saldrán y le sujetarán las gasas. Esas secreciones ¿a dónde irían dirigidas sino tuvieran las gasas?" (UEM-TUT-MO1-6-15)*

- Preguntas orientadoras: preguntas que se plantean para facilitar que el estudiante alcance rápidamente el conocimiento que deseamos presentar. Son muy útiles para dirigir la reflexión del estudiante hacia el aspecto del cuidado que se pretende descubrir. La diferencia con las anteriores, es qué este tipo de preguntas pretenden que el estudiante alcance la respuesta de forma mucho más rápida e implican precipitación por parte del tutor:

"T: hay glucosados al 5% y al 10% ¿cuál le ponemos en principio?" (C-TUT-MA-5-4)

- Preguntas indagadoras: suelen utilizarse para comprobar los conocimientos del estudiante sobre cualquier aspecto del cuidado. No se recomiendan utilizar en los comienzos de la relación pedagógica, cuando estudiante y tutor no se conocen pues pueden sonar a interrogatorio y el estudiante puede sentirse examinado por su tutor. Favorecen la reflexión del estudiante, siempre y cuando el tutor cuente con las habilidades necesarias para que las preguntas no supongan un interrogatorio para el estudiante:

"T: vale, un guedel, vamos a ir apuntándolo todo. ¿Cómo se medía el guedel? (UEM-TUT-JU-2-8)

3.2.3.3 Preguntas no reflexivas

Este grupo de preguntas no favorecen la reflexión del estudiante y serían las que se debieran de evitar en el contexto de la tutoría reflexiva.

- Preguntas aclaratorias: no favorecen la reflexión del estudiante ni del tutor. La finalidad de este tipo de interrogaciones es clarificar lo que previamente se ha preguntado. Sería como preguntar "qué me has preguntado":

"T: el maxipime® de este paciente ¿es de 1 ó de 2?" (Q-OB2-3-1)

- Preguntas que responden con monosílabos: tampoco favorecen la reflexión del estudiante, se responden con monosílabos por parte del estudiante. A veces, son necesarias, sobre todo cuando la respuesta no es SI ó NO; sino otras cosas, por ejemplo: valores, nombres:

"T: y qué es preferible, ¿agua estéril o suero fisiológico?" (Q-TUT-G-2-7)

- Preguntas fiscalizadoras: dependen del tono que utilice la tutora de intención, suelen utilizarse para comprobar los conocimientos del estudiante en sentido normativo, para colocarle en tela de juicio. Suelen ir acompañadas de un tono de reproche, que lejos está, de provocar la reflexión del estudiante. Suelen ir acompañadas de gestos, comunicación no verbal de la persona que las realiza que implica enjuiciamiento. Coartan totalmente la reflexión del estudiante y son totalmente contraproducentes para la fomentar su reflexión.

"T: ¿cómo que las constantes ya no se las tomamos?" (C-TUT-MA-7-18)

3.2.4 La necesidad de "situar" al estudiante. Recursos del tutor

Ya se ha expuesto con anterioridad, que los estudiantes como condición natural, en su periodo formativo, se comportan como debutantes. Algunas de las características propias de la naturaleza de los principiantes, tales como, las dificultades de valorar de forma global las situaciones de la práctica, la visión focalizadora de los fenómenos, la necesidad de seguir los pasos de los procedimientos...Ahora, se llega al momento de añadir alguna más.

El hábito de la reflexión ha de cultivarse e integrarse en el curriculum formativo de los estudiantes. Para que los alumnos reflexionen son necesarias unas condiciones adecuadas. El tiempo es una de esas condiciones. El estudiante no debe de sentir apremio en los momentos de reflexión y es fundamental que se haya establecido con su tutor una relación pedagógica basada en la confianza. Si además, la situación ha sido experimentada previamente por el estudiante, bien en primera persona o bien mediante la observación de su tutor, resulta mucho más positiva.

A partir de ahora, se irán desgranando las estrategias reflexivas que pueden facilitar al tutor, el fomento de la reflexión del estudiante y al estudiante los momentos de reflexión durante su aprendizaje práctico.

3.2.4.1 Anticipación de intenciones

En los momentos de reflexión colaborativa con su tutor, una de las dificultades del estudiante tiene que ver con el mantenimiento de la atención en la tutoría. La reflexión individual del estudiante y la escritura de la situación sobre la que se va a reflexionar, ayudan a que el alumno no se pierda durante las conversaciones reflexivas guidas con su tutor. Será necesario, entonces, que el estudiante, sepa sobre qué se va a tratar en la tutoría, cómo va a desarrollarse, qué puntos se comentarán, por dónde empezarán. Esto se conseguirá con la anticipación de contenidos o de intenciones por parte de su tutor. Mediante la anticipación, el tutor comparte con su estudiante los contenidos o las actividades que se trabajarán con posterioridad en la tutoría o en la práctica. Esto orientara y situara al estudiante en la situación concreta:

> *"T: ¿sabes lo que vamos a hacer luego? Cómo la paciente tiene sólo una vía y hay que pasarle mucha medicación, vamos a colocarle otra llave de tres pasos." (P-OB3-5-5)*

> *"T: luego a las 14 horas antes de irte, vas a hacer el balance de la paciente, ten en cuenta los líquidos que le están entrando." (P-OB3-8-3)*

3.2.4.2 Momentos de recapitulación

Otra estrategia necesaria que tiene que poner en marcha el tutor para facilitar en el estudiante la reflexión sobre las situaciones complejas de la práctica, serían los momentos de recapitulación en el curso de las conversaciones

reflexivas entre estudiante y tutor. Las situaciones de la práctica no son situaciones simples, aunque el tutor intente simplificarlas. Son complejas y la mayoría de las veces requieren ser analizadas desde un abordaje integral. Esto dificulta mucho la reflexión de los estudiantes y el mantenimiento de la atención en los aspectos del cuidado que le muestra el tutor. Es importante que el tutor sea capaz de presentar la información al estudiante de forma ordenada y sencilla, aunque la realidad sea totalmente distinta. Son muy útiles para el alumno, los momentos de recapitulación, que sirven para centrarles de nuevo en la situación en cuestión. Son momentos, en los que el tutor realiza síntesis de los contenidos o aspectos analizados, mostrando conexiones con los que se están tratando o analizando en ese momento, de forma que esto sirva para situar a los estudiantes en el momento actual de la tutoría, en el momento de la realidad de la práctica y en definitiva, ayudarles a continuar. Les anima a que sigan mostrando a sus tutores como están comprendiendo lo que están analizando de forma colaborativa:

> Fragmento de una conversación reflexiva entre un tutor y una estudiante. Reflexionan sobre la cardioversión en una unidad de Cuidados Intensivos:
>
> *"T: ...hemos preparado un monitor de cabecera, saturímetro y tensión, comprobamos la vía aérea, comprobamos las vías periféricas que estén permeables, administrábamos la sedación, vale. Y ya nos centrábamos en el desfibrilador. Hemos dicho que había que monitorizar al paciente con el desfibrilador, vale, que había que aplicar gel en las palas, que había que cargar con los julios que te indique el cardiólogo y que había que avisar antes de aplicar la descarga, y nos quedaba ver que hay que hacer después de aplicar la descarga y habías dicho, muy bien dicho,*

que había que valorar otra vez el ritmo del paciente, si ha vuelto a un ritmo deseable." (C-TUT-JI-7-2)

A veces, incluso, estos momentos de recapitulación los realiza el propio estudiante, porque les facilita la continuación de la reflexión, de ahí, la importancia de estas síntesis. En estos casos, se trataría de una estimulación consciente o inconsciente que necesitan realizar para continuar con la conversación reflexiva con su tutor.

Los momentos de recapitulación son muy utilizados por los tutores antes de entran en las habitaciones de los pacientes. Los tutores realizan para el estudiante síntesis en las que les repiten el nombre del paciente, cuál es el motivo por el que está en el hospital y algún aspecto del cuidado que les interese resaltar. Durante el tiempo de observaciones realizado en distintas unidades asistenciales, esta era una práctica habitual que realizaban los tutores para tratar de ayudar al estudiante a situarse en lo esencial del paciente, antes de entrar en contacto con él.

3.2.4.3 Cierre de tutoría

De la misma forma, que en los inicios de las conversaciones reflexivas es necesario que el tutor plantee y presente al estudiante lo que sucederá en el encuentro o tutoría, también es pertinente, avisar al estudiante de que la conversación está llegando a su fin. Lo ideal es finalizar la tutoría haciendo de nuevo, otra recapitulación de los aspectos analizados y dando al estudiante la oportunidad de que revise su pensamiento en busca de alguna duda o aspecto que sea necesario aclarar:

"T: vale pues ya está. ¿Alguna duda, pregunta?" (UEM-TUT-JU-6-13)

3.2.5 El lenguaje profesional como negociación entre tutor y estudiante

Un aspecto importante por el que tienen que velar los tutores tiene que ver con la utilización de un lenguaje profesional por parte del estudiante.

Muchas veces, los estudiantes como debutantes y personas todavía, ni con la suficiente experiencia, ni con los suficientes conocimientos profesionales, se manejan con un lenguaje demasiado coloquial. Es labor del tutor intentar mejorar la forma de expresarse dentro del contexto profesional y, para ello, los momentos de las conversaciones reflexivas son los idóneos, pues en ellos, los estudiantes se muestran tal y como son y tal y como están comprendiendo. Es fundamental, que los estudiantes se sientan libres y con la suficiente confianza con su tutor, para dar rienda suelta a sus pensamientos reflexivos en forma de palabras.

Otras veces, la causa de que el alumno no utilice el término apropiado es la falta de conocimientos o la pérdida de memoria, que hacen que haya olvidado el término adecuado. Independientemente del motivo, el papel del tutor reforzará el lenguaje profesional del alumno.

El tutor tiene que ser capaz de interpretar y traducir por analogía y a través de preguntas, el lenguaje utilizado por el estudiante, a términos propios del campo disciplinar. Lo ideal, es que está traducción tenga lugar en el seno de un diálogo con el alumno, es decir, negociando con él si lo que está expresando con sus palabras, pudiera traducirse en el término adecuado del lenguaje de la disciplina.

Estos momentos de traducción o negociación de términos, hacen que el estudiante, sustituya el término coloquial por el término profesional, de forma

que, en situaciones posteriores, emplee el término adecuado del contexto profesional:

> *"T: recuerda que el ambú© es una marca comercial, en los libros lo vas a ver como resucitador manual auto hinchable..." (C-TUT-JI-8-13)*

> *T: tenemos el laringo que le sirve al médico para ver bien, por eso necesitamos esa luz. ¿Qué es lo que vamos a introducir? A: el tubo endofágico. T: el tubo endotraqueal. A: eso el tubo endotraqueal, perdona. T: porque va a tráquea ¿vale? A: sí. T: ¿qué hacíamos con el tubo? A: pues había que comprobar que tenía la bolsa, bueno no es la bolsa. T: el globito. A: el globito. T: eso es el balón de neumotaponamiento." (UEM-TUT-JU-3-6)*

> *T: y en caso de que la enferma se mareara, ¿tú qué crees que habría que hacer? A: la tumbaríamos en una camilla y la levantaríamos las piernas. T: la pondríamos en posición de tremdelemburg, que se llama así, para que así se favoreciera el retorno venoso." (C-TUT-MA-12-8)*

3.3 Las actividades pedagógicas como herramientas de aprendizaje reflexivo

Existen determinadas formas de actuar en el contexto profesional con el estudiante para tratar de favorecer su reflexión, para que en colaboración con su tutor, sea capaz de aprender de forma significativa los aspectos esenciales de la práctica enfermera.

El estudiante aprenderá de la mano de su tutor. La relación pedagógica entre ellos será fundamental y será la base, en torno a la cual, giren las experiencias

prácticas y los esfuerzos reflexivos del estudiante. A continuación, se desarrollarán cada una de ellas.

3.3.1 Planificación colaborativa de actividades

En la cotidianidad del periodo práctico reflexivo, estudiante y tutor deberían acostumbrarse a planificar de forma conjunta las distintas actividades de la práctica, sobre todo, en los momentos iniciales de la relación y en aquellas actividades, que se vayan a ser realizadas por el estudiante por primera vez. A medida que pase el tiempo y conforme el estudiante vaya familiarizándose con los distintos procedimientos, técnicas y cuidados, será el mismo el que lleve a cabo las actividades sin una planificación e incluso sin la supervisión estrecha del tutor.

La planificación conjunta de una determinada actividad puede implicar que el alumno realice en primera persona el procedimiento o bien que sea desarrollado por su tutor. Se trataría de la preparación conjunta del material, de repasar el procedimiento antes de estar delante del paciente, de comentar si existen varias formas de realizarlo, se trataría de decidir cómo se llevará a cabo, quién de los dos realizará la técnica...

Para el estudiante, esta planificación supone un recordatorio, un repaso del procedimiento en sí y le proporcionará la seguridad necesaria para enfrentarse más tranquilo y con más confianza al paciente:

> [Administración de un clexane® en un paciente que se va de alta]. *"T: hay que explicar al paciente cómo se debe de administrar el clexane® en el domicilio*." [De camino a la habitación, tutora y alumna repasan juntas el procedimiento que la alumna explicará y realizará al paciente

en la habitación. La alumna lo verbaliza delante de la tutora y ésta, completa lo que le falta o lo que debe cambiar o ampliar]. *"A: ay madre! Qué yo no sé. T: venga que sí que sabes. "(Q-OB8-5-14)*

3.3.2 Desarrollo de actividades

Las actividades de la práctica, sobre todo, las primeras veces que las realiza el estudiante, podrán ser desarrolladas por el mismo o por su tutor. Previamente al desarrollo de la actividad, tutor y estudiante han planificado el procedimiento de forma conjunta.

Si la actividad es desarrollada por el tutor, sería muy útil que fuese verbalizando el procedimiento a medida que lo va realizando. Esta explicitación de los pasos que va llevando a cabo, es muy útil para el estudiante, que observa el procedimiento y muy complicada en ocasiones para el tutor, sobre todo, cuando se trata de verbalizar conocimientos prácticos que permanecen ocultos para los mismos profesionales, que los han interiorizado tanto, que no son conscientes, en muchas ocasiones, de los pasos que dan para ponerlos en práctica:

> *"T: pues seguramente como es la primera vez que yo estoy en contacto con el alumno, pues yo la voy a canalizar y le iré explicando mientras lo hago, lo que yo entiendo que hago, porque hay muchas cosas que las hacemos de forma inmediata y sin pensar y no nos damos cuenta, ves mira estiro la piel, ves lo hago en un ángulo de...a veces, no me puedo dar cuenta en el ángulo en que meto la cánula, porque es que lo hago solo." (PET-17-3)*

Si la actividad es desarrollada por el estudiante, el tutor le acompañará y le observará atentamente para, más tarde, analizar cómo se ha llevado a cabo, en el análisis posterior. En este momento, no es adecuado, como ya antes se ha comentado, rectificar al estudiante delante del paciente, pues puede provocar grandes sentimientos de inseguridad y de disconformidad en el paciente y ansiedad en el estudiante:

> [Aplicación de trombocid® en la pierna de un paciente. La tutora observa cómo lo realiza la alumna. Al salir de la habitación], *T: no hace falta que eches tanta pomada. (Q-OB8-4-4)*
>
> *T: además en eso tienes que jugar*[57] *con que el paciente tiene oídos y ojos, si ya se ha dado cuenta de que le está pinchando el alumno..." (PET-20-2)*

3.3.3 Análisis individual de actividades

Tras la realización de la actividad e independientemente de quién la realice, comenzarían los procesos de reflexión individual del procedimiento desarrollado. Se trata de analizar por separado cómo se ha llevado a cabo la actividad, qué aspectos se han de mejorar, qué se podría haber realizado de otra forma, qué se ha llevado a cabo de forma adecuada, si existen formas alternativas de actuar...

Si este proceso de análisis individual se escribe, el estudiante profundizará mucho más y reflexionará de forma más profunda. Además, le ayudará a

[57] "Jugar" aquí significa que tiene el alumno que tener en cuenta que el paciente es consciente de que le está pinchando el alumno.

plantear de forma ordenada, en el análisis colaborativo posterior, todos los puntos sobre los que ha reflexionado de forma individual:

> *"T: pues ahora que has visto cómo es el procedimiento de canalizar la fístula, escribe todo lo que has visto, todas las dudas que tienes, si tú harías algo diferente o cómo lo harías." (C-TUT-E-1-1)*

3.3.4 Análisis colaborativo de actividades

El análisis colaborativo consiste en la puesta en común de todos los aspectos anteriormente analizados por separado. Este análisis permite una reflexión más pausada de las actividades llevadas a cabo y sobre todo, permite el intercambio y el descubrimiento de ideas, de reflexiones entre el tutor y el estudiante, favorece la creatividad y el aprendizaje significativo, ya que no existe la premura del momento.

Este tipo de análisis se caracteriza por ser más pausado y por compartirse con el tutor y ofrece grandes beneficios para el estudiante, porque le permite, por ejemplo, analizar las situaciones urgentes que se viven en la práctica en las que el estudiante es incapaz de valorar de forma global todo lo que acontece en el paciente.

Formarían parte de este análisis colaborativo, las conversaciones reflexivas guiadas, que ya se han descrito y detallado con anterioridad, en las que el tutor aprovecha para poner en práctica las estrategias que tiene a mano para tratar de desencadenar en el estudiante procesos de pensamiento crítico y reflexivo mediante el análisis de situaciones complejas de la práctica.

El centro de estos análisis colaborativos debe de ser el estudiante. El tutor es un mero conductor de los procesos reflexivos del estudiante. El tutor debe

partir de las dudas, reflexiones, interrogaciones y conocimientos previos del estudiante y debe guiarle mediante la pregunta hacia el descubrimiento de ideas que le lleven a entender y comprender aspectos esenciales del cuidado.

En estos momentos, es necesario que el estudiante se sienta libre para plantear dilemas al tutor, se sienta con confianza para poder equivocarse ante el tutor, sin que el tutor le recrimine o le juzgue en sentido normativo. Esta libertad del estudiante, es consecuencia de una relación pedagógica basada en la confianza, en el respeto y en el diálogo entre tutor y estudiante.

3.4 El papel de los protagonistas como prácticos-reflexivos

Tanto el tutor como el estudiante, tienen que tener la capacidad de cultivar el hábito de la reflexión, consiguiendo que sea una de las piezas angulares en el desarrollo profesional del tutor y en la formación práctica del estudiante. La reflexión de las actividades profesionales, junto con la riqueza de la experiencia de la práctica serán los pilares del desarrollo profesional de los protagonistas. Pero para que ambas fuentes de conocimiento y aprendizaje tengan éxito deberán desarrollarse y deberán convivir en una adecuada relación pedagógica entre tutor y estudiante.

Tanto los profesionales como los alumnos deben convertirse en prácticos-reflexivos, deben aprender de la experiencia y de los procesos de reflexión individual y colaborativa.

3.4.1 El tutor como práctico-reflexivo

El tutor como práctico reflexivo tiene que ser capaz de convertir la reflexión en una constante en el desarrollo de las actividades cotidianas de la profesión. Con la práctica y el entrenamiento de los hábitos reflexivos, se llegará a un

punto en que formen parte del conocimiento inconsciente, tácito del que son portadores, de tal forma que no serán conscientes de los pasos que llevan a cabo en sus reflexiones de la práctica.

Merece la pena describir algunos de los mecanismos o estrategias, algunas inconscientes, que llevan a cabo los tutores en las conversaciones reflexivas guidas con los estudiantes, es decir, en los momentos de análisis colaborativo y que provocan momentos de reflexión en la acción en sí mismos y en el estudiante.

3.4.1.1 Atención flotante

La atención flotante es la habilidad del tutor para mantenerse al tanto de todo lo que está sucediendo globalmente en la tutoría, al mismo tiempo que desarrolla su actividad. Sería la capacidad de integrar ese sentido de consciencia en lo que está haciendo en ese momento. El tutor mantiene la atención de forma simultánea a la argumentación del estudiante; porque ha dicho lo que ha dicho, y a su propio razonamiento. Esta capacidad del tutor le permite la asociación de ideas de cualquier elemento del discurso del estudiante, con sus propias intenciones. El tutor focaliza la atención de manera simultánea en las ideas del estudiante y en sus propios marcos categoriales.

Cuando el tutor desarrolla esta habilidad, está demostrando una capacidad altamente reflexiva pues en ese momento, conviven sus propios procesos reflexivos de reflexión en la acción con los procesos de reflexión que pone en marcha para analizar lo que el estudiante le cuenta. El tutor toma decisiones sobre la marcha, decisiones que tienen que ver con, hacia dónde dirigir los razonamientos del estudiante, de qué forma utilizar estas argumentaciones del alumno para que alcance el aprendizaje por descubrimiento de ideas...

Fragmento de una conversación reflexiva entre tutora y estudiante sobre la recepción de un paciente trasladado por una UVI móvil en la urgencia hospitalaria:

"T: venía con una perfusión de nitro, de nitroglicerina. No sé a cuanto vendría o no vendría, no lo sé, pero la nitroglicerina es un vasodilatador vale, aparte que mejora la precarga y la postcarga de los ventrículos por así decirlo… [En este momento la tutora mantiene la atención en sus argumentaciones y en la estudiante y decide sobre la marcha que no va a avanzar con más contenidos. Este es un momento de reflexión en la acción de la tutora] *bueno vamos a dejarlo con qué es vasodilatador con lo cual baja la tensión." (C-TUT-CA-5-1)*

3.4.1.2 Mochila experiencial

El tutor continuamente, en su desarrollo profesional y, por tanto, también en la tutoría con el estudiante, va aprendiendo de sus experiencias pasadas y va modificando sus actuaciones en función de sus experiencias vividas similares.

Estas experiencias de la práctica del tutor son el manantial de conocimiento que guía sus actuaciones y que le sirven para guiar también las actuaciones del alumno. Con cada experiencia se aprende porque no existen dos experiencias iguales, cada una de ellas se desarrollan en pacientes diferentes, en contextos diferentes, en momentos diferentes y cada una de ellas aporta conocimientos al profesional. Este legado experiencial del tutor es el que debe compartir con el estudiante, ya que éste carece de él, del conocimiento que aporta la experiencia.

Cuando el profesional actúa, en instantes gobernando la acción profesional y guiándola, aparecen todas las experiencias similares experimentadas y vivenciadas por él con anterioridad y lo que hace el práctico-reflexivo es modificar la actuación pasada, adaptándola a las particularidades de la situación actual. Esta capacidad de modelar la acción, de adaptarla a las condiciones particulares de la situación, es una capacidad de los expertos y de ella carecen, por supuesto, los estudiantes.

Por ello, es fundamental que el tutor done al estudiante los conocimientos experienciales que le guían en las actuaciones. Esto ayudará bastante al alumno, al que le corresponderá el análisis posterior de los motivos de actuar de esa manera y no de otra. Sí será labor del estudiante, el convertir esa experiencia que le ha sido donada, en propia, para que pueda utilizarla en situaciones posteriores, de la misma forma en que ha sido utilizada por su tutor:

> *"T: recuerda anotar también los 10 ml del urocultivo que en esta paciente es muy importante. Es importante que cuando abras la válvula del recipiente horario te acuerdes de cerrarla, antes a mí se me ha olvidado." (P-OB3-10-4)*

> *"T: a veces salen muchos coágulos con los lavados, pero en este paciente no. Cuando sucede eso, hay que lavar la vejiga del paciente con mucha cantidad de suero para extraer la mayor parte de los coágulos que pueden llegar a obstruir la sonda." (P-OB5-3-7)*

3.4.2 El estudiante como práctico-reflexivo

No cabe duda que el estudiante, por su condición de persona en periodo formativo, contará con una serie de limitaciones que tendrán que ver, sobre todo, con su falta de experiencia, con sus conocimientos deficientes y con su situación de vulnerabilidad en la relación pedagógica, al menos en los momentos o fases iniciales de la formación práctica. El tutor tiene que ser consciente de todas estas limitaciones y tiene que tener la capacidad de "mirar" desde la perspectiva de principiante del estudiante. Bajo esta óptica, el tutor puede acompañar al estudiante para intentar que mediante la reflexión y la experiencia pueda alcanzar, por descubrimiento, el aprendizaje de los aspectos esenciales del cuidado.

Son muchas las condiciones que tienen que suceder para que el estudiante aprenda de forma significativa durante su periodo práctico. Una de ellas, se ha comentado en multitud de ocasiones, es la necesidad de que estudiante y tutor establezcan y mantengan una relación pedagógica basada en la confianza mutua, el respeto y el diálogo continuo. Esas son las tres premisas más importantes para que un estudiante pueda llegar a convertirse en práctico-reflexivo. La confianza y el respeto contribuirán a que el estudiante se sienta libre, como para compartir con su tutor sus reflexiones, sin miedo a ser juzgado por planteamientos erróneos, con confianza para equivocarse con su tutor y no con el paciente y con confianza cómo para plantear a su tutor los dilemas y las dudas de la práctica. La capacidad de diálogo de ambos, enriquecerá el discurso del estudiante.

El tutor tiene que contribuir a que el estudiante se convierta en un práctico reflexivo y que aprenda durante su periodo formativo. La autonomía y el

planteamiento de situaciones problemáticas provocarían la necesidad de reflexión y de cuestionamiento en el estudiante.

3.4.2.1 La autonomía del estudiante

Los tutores deben convivir con los estudiantes en un espacio de libertad, de intercambio de opiniones, de diálogo y no de imposición de tareas o formas de actuar. Deben autorizar al estudiante a escoger entre distintas formas de actuación en una situación problemática o habitual de la práctica. Ya se ha comentado en multitud de ocasiones, que la creatividad en el cuidado es una de las particularidades que le confieren complejidad. No existe una única forma de hacer las cosas. El estudiante tiene que ser capaz de escoger la que cree, se adapta mejor a las situaciones cambiantes del paciente y del contexto y además, debe aprender a argumentarlo. El estudiante ya no imitaría las actuaciones de los profesionales sino que, desde el principio, se tendría en cuenta su criterio y su forma de actuar. El que el estudiante pueda actuar de forma libre y que además pueda elegir es la mejor forma de incentivar en él, el hábito de la reflexión, pues se acostumbraría a pensar antes de actuar, revisando su propia mochila experiencial durante la actuación, variando su actuación según el curso de la acción y tras la actividad, reflexionando si se podría haber actuado de forma distinta:

> *"A: yo le pongo 1º esto* (se refiere al esparadrapo) *para sujetarla, ¿está bien? T: sí claro, cada uno se organiza a su manera." (Q-OB8-4-2)*

3.4.2.2 La resolución de problemas de la práctica: ¿y tú qué harías?

Uno de los recursos con los que contaría el tutor para tratar de fomentar el hábito reflexivo en el estudiante es el planteamiento de situaciones

conflictivas, de dilemas de la práctica para que sean analizados y resueltos por los estudiantes.

El plantear situaciones de la práctica, reales o imaginarias, que sea necesario cuestionar, situaciones de conflicto profesional, el tutor estará incitando el análisis y el juicio del alumnado; estará favoreciendo que el estudiante piense y analice de forma crítica y reflexiva. Además de favorecer el pensamiento reflexivo, el tutor dirige las reflexiones del estudiante hacia los aspectos esenciales del cuidado que pretende aclarar con el alumno:

> *"T: tenemos que administrar al paciente 30 mg* (de una medicación), *la ampolla es de 50 mg el diluyente son 5 ml. ¿Cuántos ml necesitaríamos recoger si tenemos que administrar 30 mg?" (Q-OB1-4-1)*

Estos problemas de la práctica también contribuyen a que el estudiante se sienta valorado por su tutor, que se interesa por el criterio del alumno en ese momento. Con la pregunta ¿y tú qué harías? se desencadenan en el alumno una serie de procesos reflexivos que le llevaran al análisis en profundidad de la situación que se le plantea:

> "[Cuando llego, tutora y alumno se encuentran en el box 8, donde está una paciente que lleva desde las 11 de la mañana del día anterior. Es un ingreso a nefrología que está en urgencias para vigilar niveles de potasio, los tiene muy elevados]. *T1: A1 el nefrólogo ha dejado un tratamiento nuevo, mira a ver como lo pautarías, fíjate en todo y me cuentas cuál será la pauta final." (P-OB3-2-1)*

Este planteamiento de dilemas profesionales, ocurre en el seno de una conversación reflexiva guiada y acabará convirtiéndose en un análisis colaborativo con su tutor:

> *"T: normalmente tienen dos vías, dos luces las vías periféricas, entonces por una va pasando la nitro y por la otra tienes que comprobar ¿vale? ¿Cómo comprobarías esa vía, metiendo suero? Si tú metes suero, toda la nitro que haya por aquí, le vas a pasar a más velocidad la nitro. ¿Cómo lo harías?" (C-TUT-CA-7-3)*

3.4.2.3 Momentos de reflexión en la acción del estudiante

Existen determinadas estrategias que el tutor utiliza en el desarrollo de las conversaciones reflexivas guidas y que le sirven para facilitar los momentos de reflexión al estudiante.

Algunas de las esas estrategias que ponen en marcha los tutores, ya se han comentado con anterioridad, serían los momentos de recapitulaciones, la anticipación de intenciones, el uso del silencio, la devolución de la pregunta al estudiante. Anteriormente, al describir cada una de estas estrategias, ya se ha comentado el papel que juegan en la reflexión del estudiante. Nos quedaría, por tanto, comentar otra estrategia, que se ha denominado paráfrasis reflexiva. Esta estrategia, es muy utilizada por los estudiantes en el curso de las conversaciones reflexivas con sus tutores.

La paráfrasis reflexiva consiste en la repetición textual de una frase o pregunta del tutor o del alumno, de forma que les facilita colocarse en situación, les facilita mantener la atención y marcan el inicio del momento de reflexión en la

acción de la persona que las lleva a cabo. Se suele acompañar de un gesto reflexivo visible. Son frases que se repiten a modo de coletillas:

> *"T: entonces tú cuando mides una presión venosa central y te da baja, el volumen de líquido de ese paciente es bajo, si tienes un paciente con 6/3 de tensión y presión venosa central de 1, ¿qué harías? A: le está entrando, o sea tiene poca cantidad de líquido y tiene la tensión arterial muy baja,* [la alumna verbaliza su razonamiento, momento de reflexión en la acción de la alumna], *entonces tenemos que reponerle." (UEM-T-PA-3-1)*

3.5 Dificultades en la tutoría: las voces de los protagonistas

A pesar de haber intentado describir cómo tiene que desarrollarse la tutorización práctica de los estudiantes de enfermería, qué es lo que sucede, son muchas las dificultades a las que tienen que hacer frente los tutores durante su desarrollo.

Existen muchas situaciones que pueden ocasionar grandes dificultades para el desempeño de la tutorización reflexiva, bien porque realmente el tutor pone en marcha estrategias que no favorecen la reflexión del estudiante o bien por las propias limitaciones personales y formativas del tutor.

Los tutores manifiestan dificultades para responder a las preguntas de los estudiantes, lo cual, perjudica enormemente la relación pedagógica, pues evitan las preguntas de los alumnos por miedo a no tener la capacidad de contestarles. Este tipo de situaciones generan ansiedad en algunos tutores y muchas veces, para evitarlo no dejan que los alumnos pregunten nada:

> *"T4: es verdad que a veces, lo digo sinceramente, yo no he dado más pie a mi alumno a preguntarme más, porque yo no lo tenía claro tampoco..." (C-GDT09-6-8)*

Otras veces, los tutores reconocen que no saben contestar a los estudiantes pero buscan la respuesta de forma colaborativa con el alumno y siempre teniendo presente que la tutora tiene que retomar el tema pendiente con el estudiante:

> *"T: yo creo que es imposible saber de todo, entonces si no lo sabes, pues mira no tengo ni idea, déjame me lo miro, míratelo tú también y mañana lo vemos..." (UEM-E-T-3-11)*

A esta dificultad vivenciada por algunos tutores, en cambio, los estudiantes no le dan importancia. Prefieren que su tutor se preocupe con ellos de resolver el dilema o la duda, sin tener en cuenta la falta de conocimientos del tutor.

En algunas ocasiones y llevados por la premura del momento o por la rutina de la práctica asistencial, los tutores actúan de forma precipitada, anulando o interrumpiendo la reflexión del estudiante. Ocurre cuando el tutor ha planteado una cuestión y el estudiante comienza a reflexionar, pero no le permite el tiempo de reflexión suficiente y se adelanta con la respuesta. Sí existe intención por parte del tutor de hacer reflexionar al alumno, aunque en el momento en el que el alumno se está preguntando a sí mismo, el tutor interrumpe el momento reflexivo del estudiante:

> *"T: en un paciente en tratamiento con yodo radiactivo, ¿por qué se le da zumo de limón?* [La alumna se queda pensando, pero el tutor se precipita con la contestación]. *T: el yodo radiactivo inflama las*

> *glándulas salivares y el zumo de limón favorece la salivación." (Q-OB4-2-9)*

El uso del silencio, el aprender a no contestar las preguntas del estudiante y acostumbrase a que sean ellos los que busquen sus propias respuestas es una de las mayores habilidades de los tutores y una de las mayores dificultades.

En algunas ocasiones, las tutoras ofrecen argumentaciones erróneas a los estudiantes sobre una determinada actuación que, en realidad, el estudiante ha realizado de forma correcta. Puede ocurrir, en el mejor de los casos, que el estudiante sepa que tiene razón pero no se atreve a reconocerlo o a confiárselo a la tutora y en otras situaciones, lo que ocurre es que el estudiante no es consciente de que el argumento de la tutora no es adecuado debido a su consideración de debutante. En ambos casos, la falta de razón de la tutora es responsable de que el alumno deje de aprender el fundamento adecuado de un determinado cuidado profesional:

> "[La tutora se da cuenta de que han preparado un suero que ya no se va a usar porque el paciente se va de alta]. *T: lo ves, ahora esto hay que tacharlo por eso te decía esta mañana que lo escribieras en el plástico y no en el papel, porque en el plástico se puede borrar con alcohol*[58]*" (Q-OB8-5-1).*

Una de las más importantes dificultades manifestadas por los tutores y que más beneficio reportan al estudiante es el legado experiencial. Los tutores son conscientes del valor de la experiencia en el aprendizaje de los alumnos y

[58] En el grupo de discusión con los alumnos, confirmo que la alumna sabe que lo que plantea la tutora no es adecuado.

también de las dificultades que surgen en la transmisión del conocimiento tácito, oculto del que son portadoras como expertas. La mayoría de las veces, los tutores no son conscientes de los pasos que llevan a cabo ante determinados procedimientos o técnicas porque surgen de la nada, de forma instantánea e instintiva:

> *"T: me imagino que aprendí a pinchar gasometrías pinchando, es que no aprendes de otra manera y dándote cuenta, porque en algunos introduces más, introduces menos y que no siempre es suerte, lo que pasa es que no todo el mundo tiene la misma arteria, ni la misma piel." (PET-1-19)*

Otra limitación importante que encuentran los tutores es el tema del tiempo que requiere y que no se tiene en este tipo de tutorización reflexiva. Las voces de los protagonistas han sido muy claras al respecto. La carga asistencial a la que están sometidos la mayoría de los profesionales de la enfermería hace que no dispongan del tiempo necesario. Los profesionales, cuando colaboran con la formación práctica de los estudiantes, no cuentan con los suficientes apoyos de las direcciones de los centros en cuanto a la disminución de la carga asistencial. Hasta el día de hoy, las labores de la tutorización se consideran una obligación de los profesionales y se plantean con pocos recursos y como función añadida al cuidado del paciente:

> *"T5: la dificultad pues es lo de siempre, el tiempo, que vas a matacaballo y que, pues bueno te cuesta a lo mejor tener esos 5 minutos, esos diez minutos de cogerle* (al alumno) *en el pasillo." (C-GDT09-4-6)*

La formación previa parece fundamental para que los tutores sepan cómo tienen que colaborar en la formación práctica de los estudiantes y que es lo que se espera de ellos. Está claro, que de la misma manera, que el cuidado es una práctica muy compleja, la tutorización también lo es. Cada estudiante es diferente, cada situación de la práctica es particular y a los tutores les surgen muchas dudas que tendrán que tratar de solventar con la experiencia en tutorización, pero que no cabe duda, tienen que contar con unos mínimos formativos que les marquen las pautas sobre cómo actuar, cuando parar de argumentar, cuando hacer uso del silencio y no contestar una duda en un estudiante...y sobre todo, que beneficios tiene para ellos mismos, para los estudiantes y para su desarrollo profesional este tipo de tutoría reflexiva:

> *"T3: a mí la experiencia me ha servido para clarificar cómo tengo que enseñar, antes no tenía muy claro por donde empezar, lo hacías como buenamente te parecía..." (C-GDT09-3-6)*

Muchas de las limitaciones que manifiestan y que se han observado en la tutorización práctica de los estudiantes, se solventarían, en gran medida, si se establecieran relaciones pedagógicas con los estudiantes, basadas en el diálogo, el respeto y la confianza mutua.

Además, es básica la formación previa a los tutores adecuada para llevar a cabo con ciertas garantías para el estudiante, este tipo de tutoría. Esa formación tendría que realizarse previa a la tutorización de los alumnos y se compondría, sobre todo, por formación en estrategias reflexivas y en habilidades de comunicación.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

DE MEJORA PARA LA PRÁCTICA

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA PARA LA PRÁCTICA

Parece oportuno comenzar el apartado de conclusiones, plasmando algunas de las opiniones que los protagonistas han expresado durante estos años que ha durado la investigación. Son algunas de las valoraciones que hacen los tutores y los estudiantes sobre este tipo de la práctica reflexiva.

> *"T4: creo que se van a sentir más atendidos o cómo que te interesas por sus prácticas..." (C-GDT09-5-8)*

> *"T2: ...entonces yo creo que para ellas y para nosotras es positivo, porque ellas* (se refiere a las alumnas) *nos enseñan a nosotras y nosotras* (se refiere a las tutoras) *a ellas..." (C-GDT09*

> *"T1: antes les explicabas las cosas y ahí se quedaba el asunto. Ahora, le preguntas, compruebas lo que ha dicho, compruebas que te ha entendido, qué sabe por qué lo está haciendo...antes no tenías esa reflexión del alumno, no sabías muy bien si se iba a casa con eso aprendido o con algo simplemente memorizado sin haber razonado..." (C-GDT09-3-4)*

> *"T5: a mi lo novedoso ha sido el hacerles pensar, no sirve de nada que yo le vaya contando esta cura es así y hay que hacerla así porque se ha hecho toda la vida...si no el por qué y tú qué harías, todo lo que sea que ellos razonen se les va a quedar grabado y en situaciones parecidas van a saber responder, no porque lo hayan memorizado, sino porque lo han interiorizado." (C-GDT09-4-5)*

Tras escuchar las voces de los protagonistas, tutores y estudiantes, parece conveniente culminar el trabajo investigador resumiendo los puntos, que a

modo de conclusiones, pueden extrapolarse tanto del discurso de los distintos autores que han ido dando forma al marco teórico de la investigación, como del discurso de los tutores y estudiantes participantes y de mis propias reflexiones como investigadora.

Conclusiones generales:

- ✓ La reflexión y los procesos de pensamiento crítico han de convertirse en un hábito, tanto para los profesionales como para los estudiantes. El hábito reflexivo provocará un cuestionamiento continuo de la práctica cotidiana, que contribuirá al desarrollo profesional de los enfermeros expertos y al aprendizaje significativo de los estudiantes. Al convertirse en un hábito, la reflexión formará parte del conocimiento tácito y oculto de los profesionales expertos y el elemento clave para la construcción del saber práctico.

- ✓ El aprendizaje práctico de los estudiantes debe producirse en el seno de una relación pedagógica, que supone la permanencia continuada con el mismo tutor durante sus prácticas clínicas. La relación entre el tutor y el estudiante debe basarse en el respeto, la dignidad y la confianza mutua.

- ✓ Los vínculos que se establecerán entre tutores y estudiantes dependerán de cada caso en particular. La responsabilidad del tutor sería la de modelar la relación pedagógica para tratar de adaptarla a las particularidades del estudiante.

- ✓ Existen 5 fases bien diferenciadas en la relación pedagógica: la fase de presentación-orientación, la fase de indagación mutua, la fase de

estabilización-adaptación, la fase de confianza-desarrollo y la fase de despedida-desarraigo.

- ✓ La relación pedagógica favorece el aprendizaje mutuo. El cuestionamiento continuo de la práctica favorece el crecimiento profesional de los tutores y el aprendizaje de los estudiantes.

- ✓ Es fundamental, reclamar la figura del tutor en la formación práctica. El tutor será la persona responsable de su aprendizaje, un profesional reflexivo, experto, con elevados niveles de capacitación y experiencia en el cuidado.

- ✓ La participación en la formación práctica debiera ser una responsabilidad elegida por los profesionales. El tutor debe de estar motivado con la tutorización.

- ✓ La evaluación de la labor tutorial garantizará la calidad de la formación práctica de los estudiantes. Las instituciones sanitarias debieran de ser más conscientes de los beneficios de invertir en programas formativos que contribuyan a mejorar las condiciones de la formación de los futuros profesionales de enfermería. La formación en tutoría reflexiva sería un requisito para la tutorización práctica.

- ✓ Para garantizar la práctica reflexiva, sería necesario mejorar los canales de comunicación entre los centros asistenciales y las universidades, de tal forma que el estudiante, el tutor y la universidad, funcionen de forma coordinada y persigan los mismos objetivos de aprendizaje para los alumnos. Dichos objetivos de aprendizaje han de estar consensuados con los estudiantes.

- ✓ Para que los estudiantes se conviertan en practicantes reflexivos, hay que renunciar a sobrecargar el currículum académico inicial de conocimientos disciplinares y metodológicos, habría que dejar tiempo y espacio para la resolución de problemas y para la experimentación de la reflexión.

Desde el punto de vista de los protagonistas:

- ✓ El tutor pasa a ser la persona que acompaña y que guía al estudiante en su aprendizaje práctico.
- ✓ El tutor tiene que ser capaz de mostrar al estudiante su conocimiento experto y tácito para que le pueda servir al estudiante como guía.
- ✓ El tutor no debe imponer al estudiante su forma de actuar pues le coartaría toda capacidad de autonomía, reflexión y razonamiento posterior.
- ✓ Los tutores tienen que tener la capacidad de extraer lo esencial del cuidado, de cada situación y mostrárselo al estudiante para que le sirva como punto de partida de reflexiones futuras.
- ✓ El tutor tiene que ser capaz de distinguir cuando acompañar al estudiante y cuando delegar en él la responsabilidad del cuidado. Cuando el acompañamiento continuo del tutor se convierte en rutina, se merma la libertad y la autonomía del estudiante. Se debe comenzar por delegar actividades concretas, para terminar en fases más avanzadas de la relación pedagógica, delegando el cuidado de los pacientes con toda su complejidad. Esta situación favorece en el estudiante la integración de conceptos, la comprensión profunda del cuidado y la autoconfianza.

- ✓ En los primeros momentos de la relación pedagógica, el tutor debe tener muy presente que el estudiante es un ser vulnerable, en un contexto hostil y complejo.
- ✓ Las muestras de afecto entre tutor y estudiante no son condición imprescindible en la relación pedagógica, pero de producirse, benefician enormemente el aprendizaje del estudiante que se siente estimado, relajado y, por tanto, en condiciones más favorables para aprender.
- ✓ Las cualidades de los tutores más valoradas por los estudiantes son la confianza, la seguridad y la accesibilidad.
- ✓ El tutor debe interesarse por las opiniones y juicios de los estudiantes, pues al hacerlo indaga en los procesos de comprensión del alumno y fomenta su autoconfianza.
- ✓ El tutor debe tener la capacidad de situarse en el rol de debutante del estudiante y evitar considerarle como un experto, lo cual aporta frustración tanto al tutor como al estudiante e impide el aprendizaje del alumno.
- ✓ El tutor debe de hacer uso de la empatía didáctica, que significaría valorar las respuestas del estudiante sin juzgarlas en sentido normativo, de forma que no se coarte la libertad y la creatividad del estudiante.
- ✓ El tutor debe dominar el arte el de la pregunta y el del uso del silencio, sin resolver todas las dudas y dejando al estudiante la responsabilidad de la búsqueda de respuestas a los dilemas de la práctica. El tutor no debe ser una persona a la que preguntar, sino alguien ante quien preguntarse.

- ✓ Los tutores necesitan recibir apoyos desde las direcciones de los centros, de tal forma, que la tutorización no sea una función añadida a sus labores profesionales. Sin tiempo y con premura se anula toda capacidad reflexiva de los estudiantes y de los tutores.

- ✓ Los procesos reflexivos en el estudiante contribuirán a que el estudiante aprenda de forma significativa y a que las actuaciones profesionales sean el fruto de un pensamiento elaborado y reflexionado.

- ✓ La incertidumbre, la complejidad, la creatividad y diversidad del entorno del cuidado provocan en el estudiante sentimientos de inseguridad y angustia que sólo pueden convertirse en la materia prima de su conocimiento práctico, si se enfrentan a las situaciones cotidianas guiados y acompañados por su tutor.

LA EXPERIENCIA DE LA TESIS.

REFLEXIONES PERSONALES

LA EXPERIENCIA DE LA TESIS: REFLEXIONES PERSONALES

Ha llegado el momento que pensé no iba a llegar nunca. Ha llegado el momento de finalizar el primer viaje de mi desaprendizaje personal.

A lo largo de estos años, han sido muchos los momentos de desesperación por el arduo trabajo, de impaciencia por terminar, de locura provocada por los datos y lo único que me hacía seguir y no tirar la toalla ha sido mi propia motivación personal. Motivación, que surge de la necesidad de contribuir a mejorar y avanzar en mi profesión y poder colaborar en la formación de los futuros profesionales de enfermería con garantías.

He experimentado en mí misma el entrenamiento del hábito reflexivo, de la incertidumbre de los datos, de la imprevisibilidad de los distintos momentos, de la creatividad del tema y de la complejidad de la "Tesis".

Cada una de las etapas de la investigación, han estado acompañadas por sentimientos de inseguridad, de desasosiego propios. El miedo a no ser capaz de enfrentarme a la siguiente fase estaba presente siempre al comienzo de cada una de ellas. Siempre se ha tratado de un miedo que no paralizaba, pero que invadía de respeto profundo a todo lo que se ha ido desarrollando: los periodos de observación, cada una de las entrevistas realizadas, la búsqueda de información pertinente, el análisis de los datos, el enfrentarse a los resultados, la redacción de las conclusiones... ¡todo me ha provocado mucha ansiedad!

Me imagino que algo parecido pueden experimentar los estudiantes cuando acuden por primera vez a una unidad, cuando observan detalladamente a sus tutores pensando si serán capaces de llegar a ser como ellos, cuando no saben

que contestar a un paciente o familia, cuando se enfrentan a su primer día de trabajo ya profesional...Esta mirada empática hacia los estudiantes y tutores, me ha mantenido alerta y expectante todo este tiempo.

Mi esperanza es que esta humilde investigación pueda contribuir a velar por el bienestar de tantos y tantos estudiantes y tutores que realizan grandes esfuerzos a diario en la formación práctica de los futuros profesionales.

Puedo finalizar diciendo que he aprendido muchas cosas, que sé que este esfuerzo ha merecido la pena, que tengo que seguir aprendiendo y que la reflexión tiene que estar inmersa en todos y cada uno de los instantes de mi vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agencia Lain Entralgo. (2004). *Guía para la ordenación de la formación práctico clínica de las profesiones sanitarias.* Madrid: Agencia Lain Entralgo.

Allen, D. G. (2006). *Whiteness and difference in nursing.* Nursing Philosophy, 7(2), 65-78.

Alsina, P., Díaz, M., Giráldez, A. y Ibarretxe, G. (2009). *Diez ideas clave: El aprendizaje creativo*. Barcelona: Editorial Grao.

Amador, G., Chávez, A. M., Alcaraz, N., Moy, N. A., Guzmán, J. y Tene, C. E. (2007). *El papel de los tutores en la auto-dirección del aprendizaje de los estudiantes de enfermería.* Investigación y Educación En Enfermería, 25(2), 52-59.

Amezcua, M. y Gálvez, T. A. (2002). L*os modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta.* Revista Española De Salud Pública, 76(5), 423-436.

Andrews, G. J., Brodie, D. A., Andrews, J. P., Hillan, E., Gail Thomas, B., Wong, J. y Rixon, L. (2006). *Professional roles and communications in clinical*

placements: A qualitative study of nursing students' perceptions and some models for practice. International Journal of Nursing Studies, 43(7), 861-874.

Antaki, C., Billig, M. y Potter, J. (2003). *El análisis del discurso implica analizar: Crítica de seis atajos analíticos.* Athenea Digital-Revista De Pensamiento e Investigación Social, 1(3), 14-35. Recuperado 26/01/2012, de http://psicologiasocial.uab.cat/athenea/index.php/atheneaDigital/article/viewArticle/64

Antonijevic, N. y Chadwick, C. (1981). *Estrategias cognitivas y metacognición.* Revista De Tecnología Educativa, 7(4), 307-321.

Aristimuño, A. (2005). *El docente como constructor de relaciones entre personas.* Didac, 46, 41-45.

Ashburner, C., Aleyer, J., Cotter, A., Youog, G. y Ansell, R. (2004). *Seeing things differently: Evaluating psychodynamically informed group clinical supervision for general hospital nurses.* Nursing Times Research, 9(1), 38-48.

Assmann, H. (1998). *Reencantar a educação: Rumo à sociedade aprendente.* Petropolis: Vozes.

Atkinson, T. y Claxton, G. (2002). *El profesor intuitivo*. Barcelona: Octaedro.

Baggio, M. A. y Erdmann, A. L. (2010). *Relaciones múltiples del cuidado de enfermería: El surgimiento del cuidado "de nosotros".* Revista Latino-Americana De Enfermagem, 18(5) Recuperado 26/01/2012, de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/es_09.pdf

Bardallo, M.D. y Cano, S. (2012). *Evaluación de competencias en el Practicum de Enfermería.* Metas De Enfermería, 15(1), 15-22.

Bardallo, M. D., March i Vila, G., Zabalegui, A., Cabrera, E. y Gallart i Fernández-Puebla, A. (2003). *Guía para el seguimiento de las prácticas clínicas en la diplomatura de enfermería. un instrumento para la práctica reflexiva y la evaluación. Enfermería Global, 2*(2) Recuperado de 26/01/2012, de http://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/23890

Beas, J., Santa Cruz, J., Thomsem, P. y Utreras, S. (2001). *Enseñar a pensar para aprender mejor.* Santiago: Pontificia Universidad Católica De Chile.

Benner, P. (1987). *Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional.* Barcelona: Grijalbo.

Bernabeu, M. D. y Cònsul, M. (2004). *Similitudes entre el proceso de convergencia en el ámbito de la educación superior europea y la adopción del*

aprendizaje basado en problemas en la EUI Vall d'hebron de Barcelona. Revista Interuniversitaria De Formación Del Profesorado, 18(1), 97-107.

Bradbury-Jones, C., Irvine, F. y Sambrook, S. (2010). *Empowerment of nursing students in clinical practice: Spheres of influence.* Journal of Advanced Nursing, 66(9), 2061-2070.

Brockbank, A. y McGill, I. (2002). *Aprendizaje reflexivo en la educación superior.* Madrid: Morata.

Brunero, S., Lamont, S. y Coates, M. (2010). *A review of empathy education in nursing.* Nursing Inquiry, 17(1), 64-73.

Bueno, M. y Fitzgerald, L. (2004). *Aprendizaje basado en problemas.* Theoria, 13, 145-157.

Callister, L. C., Luthy, K. E., Thompson, P. y Memmott, R. J. (2009). *Ethical reasoning in baccalaureate nursing students.* Nursing Ethics, 16(4), 499-510.

Camillo, S. O., Silva, A. L. y Nascimento, A. J. (2007). *Percepções do graduando de enfermagem sobre a dimensão humana no seu aprendizado.* Revista Latino-Americana De Enfermagem, 15(2), 207-213.

Cano, A., González, T., Palmar, A. y Luengo, R. (2008). *Diferentes aproximaciones de investigación en salud: Metodología cuantitativa y cualitativa.* Educare 21, 6(48) Recuperado 26/01/2010, de http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/?option=com_publicaciones&Itemid=66&idArticulo=480251&task=verResumen&anyo=2008&numPublica=4&numRevista=48&volRevista=6

Cánovas, M. A. (2004). *Trabajo e ideología de género: Un análisis antropológico de la enfermería en Murcia.* Enfermería Global, (5) Recuperado 26/01/2012, de http://www.revistas.um.es/eglobal/article/view/550/570

Carlson, E., Pilhammar, E. y Wann-Hansson, C. (2010). Time to precept: Supportive and limiting conditions for precepting nurses. Journal of Advanced Nursing, 66(2), 432-441.

Carper, B. A. (1978). *Fundamental patterns of knowing in nursing. perspectives on philosophy of science in nursing: An historical and contemporary anthology*. Philadelphia: Lippincott.

Carr, W. y Kemmis, S. (1988). *Teoría crítica de la enseñanza. La investigación-acción en la formación del profesorado*. Barcelona: Martínez Roca.

Carrillo, M., Leyva-Moral, J. M. y Medina, J. L. (2011). *El análisis de los datos cualitativos: Un proceso complejo.* Index De Enfermería, 20(1-2), 96-100.

Castillo, S., Guioti, V. y Desiderato, R. (2007). *La relación tutor-estudiante en las prácticas clínicas y su influencia en el proceso formativo del estudiante de enfermería.* Educare 21, 38. Recuperado 26/01/2012, de http://200.89.70.78:8080/jspui/handle/2250/10657

Cecilio, S. (2004). *Reflexões sobre a dimensão pedagógica do processo de orientação de monografia a experiência junto ao curso de psicologia.* Revista Profissão Docente, 2(6) Recuperado 26/01/2012, de http://www.revistas.uniube.br/index.php/rpd/article/viewFile/57/64

Cheetham, G. y Chivers, G. (1998). *The reflective (and competent) practitioner: A model of professional competence which seeks to harmonise the reflective practitioner and competence-based approaches.* Journal of European Industrial Training, 22(7), 267-276.

Cheetham, G. y Chivers, G. (2000). *A new look at competent professional practice*. Journal of European Industrial Training, 24(7), 374-383.

Chivers, G. (2003). *Utilising reflective practice interviews in professional development.* Journal of European Industrial Training, 27(1), 5-15.

Cibanal, L., Cartagena de la Peña, E., Domínguez, J. M., Fernández, P., Gabaldón, E. M., Jurado, J. L.,. . . Vizcaya, M. F. (2007). *La relación de ayuda enfermera-paciente en la práctica clínica: Adaptación del proceso de enseñanza-aprendizaje clínico a nuevo Marco de Educación Superior Europeo*. Alicante: Universidad.

Cibanal, L., Gabaldón, E. M., Cartagena de la Peña, E., Pérez, R. M., Vizcaya, M. F., Dominguez, J. M., . . . Domingo, M. (2010). *Perfil emocional de los estudiantes de enfermería en prácticas clínicas: Experiencias de aprendizaje en el Hospital General Universitario de Alicante*. Alicante: Universidad.

Coetzee, M. (2004). *Learning to nurse children: Towards a model for nursing students.* Journal of Advanced Nursing, 47(6), 639-648.

Coffey, A. y Atkinson, P. (2005). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Alicante: Universidad.

Collière, M. F. (1991). *Hacia el reconocimiento del ejercicio enfermero.* Notas De Enfermería, 1, 53-66.

Colina, J. y Medina, J. L. (1997). *Construir el conocimiento de enfermería mediante la práctica reflexiva.* Revista Rol Enfermería, 232, 23-30.

Colom, J. (2002). *La (de) construcción del conocimiento pedagógico: Nuevas perspectivas en teoría de la educación.* Barcelona: Paidós.

Cuñado, A., Sánchez, F., Muñoz, M. J., Rodríguez, A. y Gómez, I. (2011). *Valoración de los estudiantes de enfermería sobre las prácticas clínicas hospitalarias.* Nure Investigacion, 8(52) Recuperado 26/01/2012, de http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE52_original_valoracestud.pdf

Da Silva, J. y Almeida, D. (2010). *Raciocinio clínico y pensamiento crítico.* Revista Latino-Americana De Enfermagem, 18(1), 124-129.

De la Cuesta, C. (2010). *La investigación cualitativa y el desarrollo del conocimiento en enfermería.* Texto & Contexto Enfermagem, 19(4), 762-766.

De la Cuesta, C. (2011). *La reflexividad: Un asunto crítico en la investigación cualitativa.* Enfermería Clínica, 21(3), 163-167.

Del Valle, T., Cucó, J., Esteban, M. L., Etxeberria, F., Maquieira, V., Apaolaza, J. M., . . . Arbe, F. (2002). *Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de género*. Madrid: Narcea.

Dewey, J. (2007). *Cómo pensamos: La relación entre pensamiento reflexivo y proceso educativo*. Barcelona: Paidós.

Díaz, D.E. (2010). *Desarrollo de las habilidades del pensamiento en los diferentes niveles educativos.* Revista Electrónica De Psicología Iztacala, 11(1). Recuperado 4/02/2012, de http://www.journals.unam.mx/index.php/repi/article/view/18549

Díaz de Flórez, L. (2001). *Herramientas para la investigación en enfermería.* Aquichan, 1(1), 37-41.

Dominguez, M. (2005). *¿Es el docente un profesional reflexivo?* Didac, 46, 14-17.

Dos Santos, M. F., Merighi, M. A. B. y Muñoz, L. A. (2010). La enfermería clínica y las relaciones con los estudiantes de enfermería: Un estudio fenomenológico. Texto & Contexto Enfermagem, 19(1), 112-119.

Dreyfus, H. I. (1992). *De sócrates a los sistemas expertos. Los límites y peligros de la racionalidad calculatoria.* Estudios Públicos, 46, 1-14.

Duque, F.J., González, J.L., López, I., Rodríguez, M., Ruiz, M. y Fernández, E. (2011). *Herramienta de evaluación por competencias en las prácticas clínicas de enfermería.* En VIII Jornadas Internacionales de Innovación Universitaria. Madrid: Universidad Europea de Madrid.

Earle, V. (2010). *Phenomenology as research method or substantive metaphysics? an overview of phenomenology's uses in nursing.* Nursing Philosophy, 11(4), 286-296.

Eccelli, A. (2002). *El perfume de la maestra. En los laboratorios de la vida cotidiana*. Barcelona: Icaria.

Eisner, E. (1998). *El ojo ilustrado: Indagación cualitativa y mejora de la práctica educativa*. Barcelona: Paidós.

Elosua, M. R. y García, E. (1993). *Estrategias para enseñar y aprender a pensar*. Madrid: Narcea.

Enciso, V. (1997). *Género y trabajo: La enfermería.* La Ventana, 6, 182-189.

Eraut, M., Alderton, J., Cole, G. y Senker, P. (1998). *Development of knowledge and skills in employment (final report of a research project funded by "the learning society". programme of the economic and social research council).* Brighton: University of Sussex.

Erazo, M. S. (2011). *Rigor científico en las prácticas de investigación cualitativa.* Ciencia, Docencia y Tecnología, 22(42), 107-136.

Erickson, F. (1989). Métodos cualitativos de investigación sobre la enseñanza. En M. Wittrock (ed.). La investigación de la enseñanza II. Métodos cualitativos y de observación. Barcelona: Paidós.

Española, R. A. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22nd). Madrid: Espasa.

Facione, P. (2007). *Pensamiento crítico: ¿qué es y por qué es importante?* Revista Académica Digital, 29, 23-56. Recuperado 26/01/2012, de http://maestriagp.web.officelive.com/Documents/Pensamiento%20Critico%20Facione.pdf

Farías, L. y Montero, M. (2005). *De la transcripción y otros aspectos artesanales de la investigación cualitativa.* International Journal of Qualitative Methods, 4(1), 1-14.

Fejes, A. (2008). *Governing nursing through reflection: A discourse analysis of reflective practices.* Journal of Advanced Nursing, 64(3), 243-250.

Fernández, E. (2005). *Competencias clínicas en enfermería: Modelos de aprendizaje y de gestión de la práctica.* Educare 21, 3(21). Recuperado 26/01/2012, de http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/Educare21/2007/33/ensenando1.pdf

Fernández, E. (2008). *La investigación fenomenológica en enfermería. Una aproximación a los principios fundamentales de utilidad para las enfermeras.* Educare 21, 6(47). Recuperado 27/01/2012, de http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/archivo-de-revistas.html?idArticulo=47021&task=verArticulo&anyo=2008&numPublica=4&numRevista=47&id_menu=20;

Fernández, M.A., Rodríguez, M., Aparicio, I. y Tovar, A. (2007). *Enseñar o aprender. A.B.P vs aprendizaje tradicional.* En XI Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería. Madrid: Instituto de Salud Carlos III.

Fero, L. J., O'Donnell, J. M., Zullo, T. G., Dabbs, A. D., Kitutu, J., Samosky, J. T. y Hoffman, L. A. (2010). *Critical thinking skills in nursing students: Comparison of simulation-based performance with metrics.* Journal of Advanced Nursing, 66(10), 2182-2193.

Ferrer, M. A., Rojo, M. C., Ruiz, M. C., Fernández, A. M., Guerrero, M. y Cruz, J. (2002). *Análisis situacional de las prácticas clínicas en la escuela de enfermería de Soria.* Metas De Enfermería, 5(44), 18-25.

Ferrer, V., Medina, J. L. y Lloret, C. (2003). *La complejidad en enfermería: Profesión, gestión, formación.* Barcelona: Laertes.

Forghieri, Y. C. (1991). *Fenomenologia do existir de urna professora universitária*. São Paulo: Universidad. Instituto de Psicología.

Forneris, S. G. y Peden-McAlpine, C. (2009). C*reating context for critical thinking in practice: The role of the preceptor.* Journal of Advanced Nursing, 65(8), 1715-1724.

Foucault, M. (1996). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI.

Freire, P. (2007). *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Siglo XXI.

Freire, P. (2009). *La educación como práctica de la libertad.* Buenos Aires: Siglo XXI.

Freshwater, D. y Avis, M. (2004). *Analysing interpretation and reinterpreting analysis: Exploring the logic of critical reflection.* Nursing Philosophy, 5(1), 4-11.

Gálvez, A. (2005). *Pedagogía de la desmotivación: Soy tonto, me llaman inútil. Dos estrategias de socialización secundaria en el hospital*. Index De Enfermería, 14(48), 23-28.

Gardner, H. (1994). *Estructuras de la mente. La teoría de las inteligencias múltiples*. México: Fondo de la Cultura Económica.

Gasull, M. (2005). *La ética del cuidar y la atención de enfermería.* Trabajo Fin de Carrera.

Geertz, C. (1995). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.

Gibbons, C., Dempster, M. y Moutray, M. (2011). S*tress, coping and satisfaction in nursing students.* Journal of Advanced Nursing, 67(3), 621-632.

Gigerenzer, G. (2008). *Decisiones instintivas*. Barcelona: Ariel.

Gil, J., García, E. y Rodríguez, G. (2009). *El análisis de los datos obtenidos en la investigación mediante grupos de discusión.* Salamanca: Universidad.

Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.

Goetz, J. P. y LeCompte, M. D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.

González, T. (2009). *Flexibilidad y reflexividad en el arte de investigación cualitativa.* Index De Enfermería, 18(2), 121-125.

Gustafsson, C., Asp, M. y Fagerberg, I. (2007). *Reflective practice in nursing care: Embedded assumptions in qualitative studies.* International Journal of Nursing Practice, 13(3), 151-160.

Gutiérrez, M. I. y Latorre, I. (2002). *Las prácticas clínicas de enfermería: Perspectiva de los estudiantes de primer curso.* Metas De Enfermería, 5(49), 50-53.

Hammersley, M. y Atkinson, P. (2006). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidos.

Harrington, S. (2011). *Mentoring new nurse practitioners to accelerate their development as primary care providers: A literature review.* Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 23(4), 168-174.

Harvey, L. y Knight, P. (1996). Transforming higher education. London: Open University Press.

Heidegger, M. (1994a). ¿Qué quiere decir pensar? Barcelona: Del Serbal.

Heidegger, M. (1994b). *La pregunta por la técnica*. Barcelona: Del Serbal.

Idczak, S. E. (2007). *I am a nurse: Nursing students learn the art and science of nursing.* Nursing Education Perspectives, 28(2), 66-71.

Imbernón, F. (2004). *Modelos en la formación permanente de docentes.* Universidad de Barcelona. Departamento de didáctica y organización educativa. Alicante: Universidad.

Isaacs, L. (2010). *Patrones de pensamiento crítico en alumnos post exposición a un modelo de enseñanza integrado a enfermería.* Investigación y Educación En Enfermería, 28(3), 363-368.

Jackson, D. y Mannix, J. (2001). Mannix J. clinical nurses as teachers: Insights from students of nursing in their first semester of study. Journal of Clinical Nursing, 10(2), 270-277.

Jimenez, C., Navia-Osorio, P.M. y Diaz, C.V. (2010). *Stress and health in novice and experienced nursing students*. Journal of Advanced Nursing, 66(2), 442-455.

Juanola, M.D., Blanco, R., Cónsul, M. y Zapico, F. (1998). *Aprendizaje y satisfacción de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas.* Enfermería Clínica, 8(6), 245-262.

Kilcullen, N. (2007). *An analysis of the experiences of clinical supervision on registered nurses undertaking MSc/graduate diploma in renal and urological*

nursing and on their clinical supervisors. Journal of Clinical Nursing, 16(6), 1029-1038.

Kinsella, E. A. (2007). *Technical rationality in schon's reflective practice: Dichotomous or non-dualistic epistemological position.* Nursing Philosophy, 8(2), 102-113.

Kinsella, E. A. (2010). *Professional knowledge and the epistemology of reflective practice.* Nursing Philosophy, 11(1), 3-14.

Kleiman, S. (2007). *Revitalizing the humanistic imperative in nursing education.* Nursing Education Perspectives, 28(4), 209-213.

Kneafsey, R. (2007). *Developing skills in safe patient handling: Mentors' views about their role in supporting student nurses.* Nurse Education in Practice, 7(6), 365-372.

Kolb, D. A. (1984). *Experience learning: Experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall.

Koskinen, L. y Tossavainen, K. (2003). *Relationships with undergraduate nursing exchange students--a tutor perspective.* Journal of Advanced Nursing, 41(5), 499-508.

Kuiper, R. A., Pesut, D. J. y Kautz, D. D. (2009). *Promoting the self-regulation of clinical reasoning skills in nursing students.* The Open Nursing Journal, 3, 76-85.

Langley, M. E. y Brown, S. T. (2010). *Perceptions of the use of reflective learning journals in online graduate nursing education.* Nursing Education Perspectives, 31(1), 12-17.

Lanzelloti, R. C., Spezani, R. S., Costa, B. G., Santiago, L. C. y Shiratori, K. (2007). *Reflexionando sobre la práctica y la importancia de los cuidados de enfermería en la terapia intensiva.* Enfermería Global, 6(11) Recuperado 27/01/2012, de http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2385715

Latorre, A., Rincón, D. y Arnal, J. (1996). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona: Experiencia.

Ledesma-Delgado, M. (2009). *The nursing process presented as routine care actions: Building its meaning in clinical nurses' perspective.* Revista Latino-Americana De Enfermagem, 17(3), 328-334.

Lipman, M. (1998). *Pensamiento complejo y educación*. Madrid: De la Torre.

Lira, R. I. (2010). *Las metodologías activas y el foro presencial: Su contribución al desarrollo del pensamiento crítico. Revista Electrónica Actualidades*

Investigativas En Educación, 10(1), 1-18. Recuperado 27/01/2012, de http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/447/44713068008.pdf

López, J. y Sánchez, L. (2010). *Aproximación reflexiva y analítica sobre la formación permanente para docentes de la disciplina enfermera.* Educare 21. Recuperado 27/01/2012, de http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/Educare21/2006/29/ensenando3.pdf

López-Medina, I. M. y Sánchez-Criado, V. (2005). *Percepción del estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas.* Enfermería Clínica, 15(6), 307-313.

Luntley, M. (2011). *What do nurses know?* Nursing Philosophy, 12(1), 22-33.

Lyneham, J., Parkinson, C. y Denholm, C. (2008a). *Explicating Benner's concept of expert practice: Intuition in emergency nursing.* Journal of Advanced Nursing, 64(4), 380-387.

Lyneham, J., Parkinson, C. y Denholm, C. (2008b). *Intuition in emergency nursing: A phenomenological study.* International Journal of Nursing Practice, 14(2), 101-108.

Main, A. (1985). *Reflection and the development of learning skills.* En Boud, D.,Keogh, R.,Walker, D. Reflection:Turning experience into learning. Londres: Kogan Page.

Mantzoukas, S. y Jasper, M. A. (2004). *Reflective practice and daily ward reality:A covert power game.* Journal of Clinical Nursing, 13(8), 925-933.

Martínez, E., Tovar, A., Rodríguez M., García, J., Pulido, R. y Aparicio, I. (2008). *Aproximación al aprendizaje reflexivo en estudiantes de enfermería mediante la utilización de la metodología enfermera NANDA, NIC, NOC en la resolución de casos clínicos*. Madrid: I Foro Internacional Metas de Enfermería.

Martínez, L. y Cenit, V. (2009). *Implicaciones éticas que enfrenta el docente al supervisar la práctica clínica de estudiantes de enfermería.* Rev UDCA Actualidad & Divulgación Científica, 12(1), 17-25.

Mateo, J. (2010). *Interpretando la realidad, construyendo nuevas formas de conocimiento: El desarrollo competencial y su evaluación.* Revista De Investigación Educativa, 25(2), 513-531.

McCloughen, A., O'Brien, L. y Jackson, D. (2011). *Nurse leader mentor as a mode of being: Findings from an australian hermeneutic phenomenological study.* Journal of Nursing Scholarship, 43(1), 97-104.

Medina, J. L., Jarauta, B. y Urquizu, C. (2005). *Evaluación del impacto de la formación del profesorado universitario novel: Un estudio cualitativo.* Revista De Investigación Educativa, 23(1), 205-238.

Medina, J. L. (1999). *La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería.* Barcelona: Laertes.

Medina, J. L. (2002). Práctica educativa y práctica de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva. Revista Enfermería Albacete, 15 Recuperado 27/01/2012, de http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2015/numero15/práctica_educativa_y_práctica_de.htm

Medina, J. L. (2003). *La deconstrucción o desaprendizaje: Aproximación conceptual y notas para un método reflexivo de generación de nuevos saberes profesionales.* Educare 21, 1. Recuperado 27/01/2012, de http://enfermeria21.com/educare

Medina, J. L. (2005a). *Aprender a cuidar y cuidados profesionales I. Algunas reflexiones sobre la naturaleza política y de género de la pedagogía y de la práctica del cuidado.* Educare 21, 4(22). Recuperado 27/01/2012, de http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/Educare21/2005/22/ensenando1.pdf;

Medina, J. L. (2005b). *Deseo de cuidar y voluntad de poder: La enseñanza de la enfermería*. Barcelona: Universidad.

Medina, J. L. (2005c). *En torno a la noción de reflexión*. Àgora d'Infermeria, 9(1), 730-735.

Medina, J. L. (2006). *Aprender a cuidar y cuidados profesionales II. Algunas reflexiones sobre la naturaleza política y de género de la pedagogía y de la práctica del cuidado.* Educare 21, 4(23). Recuperado 27/01/2012, de http://enfermeria21.com/?option=com_publicaciones&Itemid=66&idArticulo=23021&task=verResumen&anyo=2006&numPublica=4&numRevista=23&volRevista=4;

Medina, J. L., Backes, V. M. S., do Prado, M. L. y Sandin, M. P. (2010). *La enfermería como grupo oprimido: La voces de las protagonistas.* Texto & Contexto Enfermagen, 19(4), 609-617.

Medina, J. L., Clèries, X. y Nolla, M. (2007). *El desaprendizaje: Propuesta para profesionales de la salud críticos.* Educación Médica, 10(4), 15-22.

Medina, J. L. y do Prado, M. L. (2009). *El curriculum de enfermería como prototipo de tejné: Racionalidad instrumental y tecnológica.* Texto & Contexto Enfermagem, 18(4), 617-626.

Medina, J. L., Jarauta, B. y Imbernón, F. (2010). *La enseñanza reflexiva en educación superior. Cuadernos de docencia universitaria*. Barcelona: Octaedro.

Medina, J. L. y Parra, S. C. (2006). *La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva.* Texto & Contexto-Enfermagem, 15(2), 303-311.

Medina, J. L. y Sandín, M.P. (1995). *Epistemología y enfermería (II): Paradigmas de la investigación enfermera.* Enfermería Clínica, 5(1), 32-44.

Meneses, M. T. (2008). *El diario reflexivo como herramienta de práctica reflexiva.* Nure Investigacion, 32 Recuperado 27/01/2012, de http://www.nure.org/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FORMET_322711200713926.pdf

Metcalfe, S. E. (2010). Educational innovation: Collaborative mentoring for future nursing leaders. Creative Nursing, 16(4), 167-170.

Molina, P. M. y Jara, P. T. (2010). *El saber práctico en enfermería.* Revista Cubana De Enfermería, 26(2), 111-127.

Mompart, M. P. (2004). *La problemática del conocimiento enfermero.* Educare 21, 11. Recuperado 27/01/2012, de http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/Educare21/2004/11/11023.pdf

Monereo, C. (1990). *Las estrategias de aprendizaje en la educación formal: Enseñar a pensar y sobre el pensar.* Infancia y Aprendizaje, 50, 3-26. Recuperado 27/01/2012, de http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=48347

Moreira, M. A. (2005). *Aprendizaje significativo crítico.* Indivisa: Boletín De Estudios e Investigación, (6), 83-102.

Morin, E. (1999). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro.* Barcelona: Paidós.

Morin, E. (2007). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.

Morse, J. M. (2005). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Alicante: Universidad.

Myrick, F. y Yonge, O. (2002). *Preceptor behaviors integral to the promotion of student critical thinking.* Journal for Nurses in Staff Development, 18(3), 127-133.

Nassif, R. (1985). *Teoría de la educación: Problemática pedagógica contemporánea.* Madrid: Cincel-Kapelusz.

Nicolás-Cisneros, S. (2008). *Investigación y práctica profesional.* Revista De Enfermería Del Instituto Mexicano Del Seguro Social, 16(1), 1-2.

O'Connor, A. y Hyde, A. (2005). *Teaching reflection to nursing students: A qualitative study in an irish context.* Innovations in Education and Teaching International, 42(4), 291-303.

O'Connell, E. (2008). *Therapeutic relationships in critical care nursing: A reflection on practice.* Nursing in Critical Care, 13(3), 138-143.

Pades, A. y Homar, C. (2006). *El estrés de los estudiantes en las prácticas clínicas de enfermería.* Revista ROL De Enfermería, 29(9), 19-24.

Palencia, E. (2008). *Reflexión sobre el ejercicio docente de enfermería en nuestros días.* Investigación y Educación En Enfermería, 24(2), 130-134.

Palencia, E., González, M., Evies, A., Guevara, B. y Mejías, M. (2006). *Reflexión sobre una nueva formación del profesorado de enfermería para una nueva época: ¿el porqué de una nueva formación docente, y qué ha de cambiar?* Enfermería Global, 5(8.) Recuperado 27/01/2012, de http://revistas.um.es/eglobal/article/view/447

Peden-McAlpine, C. (2000). *Early recognition of patient problems: A hermeneutic journey into understanding expert thinking in nursing.* Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 14(3), 191-222.

Pegueroles, F. (2004). *La nueva formación de profesionales: Sobre la competencia profesional y la competencia del estudiante de enfermería.* Educación Médica, 7(1), 42-45.

Pérez, A. (2000). *La función y formación del profesor/a en la enseñanza para la comprensión. Diferentes perspectivas.* En Comprender y transformar la enseñanza. Madrid: Morata.

Perrenoud, P. (2007a). *Desarrollar la práctica reflexiva en el oficio de enseñar: Profesionalización y razón pedagógica*. Barcelona: Graó.

Perrenoud, P. (2007b). *Diez nuevas competencias para enseñar*. Barcelona: Graó.

Pinto, T. B. J. y Pepe, A. M. (2007). *La formación del enfermero: Contradicciones y desafíos de la práctica pedagógica.* Revista Latino-Americana Enfermagem, 15(1), 120-126.

Polanyi, M. (1967). *The tacit dimension*. London: Routledge.

Rauner, F. (2007). *El conocimiento práctico y la competencia de acción en la profesión.* Revista Europea De Formación Profesional, 1(40), 58-73. Recuperado 27/01/2012, de http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2316211

Rivera, L. N. y Triana, A. (2007). *Cuidado humanizado de enfermería: Visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en las clínicas del country.* Actual. Enferm, 10(4), 15-21. Recuperado 27/01/2012, de http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/EnfermeriaVol1042007/Trabajoslibres.htm

Rivera, M. y Herrera, L. (2006). *Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería.* Texto & Contexto Enfermagem, 15(Especial), 158-163.

Ryle, G. (2005). *El concepto de lo mental.* Barcelona: Paidós.

Rodriguez, M., Martínez, E., Tovar, A., González, R., Goday, C. y Pulido, R. (2009). *Hacia un practicum reflexivo en enfermería.* Metas De Enfermería, 12(3), 56-59.

Rodríguez, M., Martínez, M., Tovar, A., García, J., Pulido, R. y Más, M. (2008). *Aproximación al aprendizaje reflexivo en estudiantes de enfermería de la E.U.E cruz roja Madrid (U.A.M), a través de la utilización de dos modalidades de metodología enfermera en la resolución de casos clínicos.* En XII Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería.Madrid: Instituto de Salud Carlos III.

Rodríguez, M., Martínez, E., Tovar, A., González, R., Goday, C. y García, J. (2009). *Deconstrucción de la profesión de enfermería desde la perspectiva del género ¿debilidad o fortaleza?* Revista ROL De Enfermería, 32(7), 24-30.

Rolfe, G. y Gardner, L. (2006). *'Do not ask who I am...': Confession, emancipation and (self)-management through reflection.* Journal of Nursing Management, 14(8), 593-600.

Sáez, J. (1993). *El educador social*. Murcia: Universidad.

Salgado, A. C. (2007). *Investigación cualitativa: Diseños, evaluación del rigor metodológico y retos.* Liberabit, 13(13), 71-78.

Sandín, M. P. (2003). *Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones*. Madrid: Mc Graw Hill.

Sanjuán, A. (2007). *Enfermería en la sociedad: Relación teoría/práctica.* Cultura De Los Cuidados, (21), 33-39. Recuperado 28/01/2012, de http://hdl.handle.net/10045/4657

Sanjuán, A. y Ferrer, M. E. (2009). *Perfil emocional de los estudiantes en prácticas clínicas. Acción tutorial en enfermería para apoyo, formación, desarrollo y control de las emociones.* Investigación y Educación En Enfermería, 26(2), 226-235.

Sanjuán, A. y Martínez, J. R. (2009). Nuevo enfoque en el proceso de enseñanza-aprendizaje para la interrelación de conocimientos y formación de clínica/comunitaria. *Investigación y Educación En Enfermería, 26*(2), 150-159.

Scanlan, J. M., Care, W. D. y Udod, S. (2002). *Unravelling the unknowns of reflection in classroom teaching*. Journal of Advanced Nursing, 38(2), 136-143.

Shaha, M., Wenzel, J. y Hill, E. (2011). *Planning and conducting focus group research with nurses.* Nurse Researcher, 18(2), 77-87.

Schön, D. A. (1992). *La formación de profesionales reflexivos: Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona: Paidós.

Schön, D. A. (1996). *La crisis del conocimiento profesional y la búsqueda de una epistemología de la práctica.* En Construcciones de la experiencia humana. Barcelona: Gedisa.

Schön, D. A. (1998). *El profesional reflexivo: Cómo piensan los profesionales cuando actúan*. Barcelona: Paidós.

Sebold, L. F. y Carraro, T. E. (2011). *La práctica pedagógica del docente en enfermería: Una revisión integradora de la literatura.* Enfermería Global,

10(22), 1-12. Recuperado 28/01/2012, de http://revistas.um.es/eglobal/article/view/123141

Sellman, D. (2010). *Musings on reflective practice as a grand idea.* Nursing Philosophy, 11(3), 149-150.

Sennett, R. (2009). *El respeto. Sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad*. Barcelona: Anagrama.

Serrano, P. y Martínez, M. (2008). *La tutorización de prácticas clínicas en pregrado de enfermería.* Metas De Enfermería, 11(3), 28-32.

Siegmund, J. (2011). *¿Saber versus creatividad? sobre las modalidades de descripción del arte y su relación con los contextos económicos y sociales.* Instituto Europeo Para Políticas Culturales Progresivas.

Sierra, J., Carpintero, E. y Pérez, L. (2010). *Pensamiento crítico y capacidad intelectual.* Faísca, 15(17), 98-110.

Silva, K. L. y Sena, R. R. (2006). *La educación de enfermería: Búsqueda de la formación crítica y reflexiva y de las competencias profesionales.* Revista Latino-Americana Enfermagem, 14(5), 755-761.

Smith, J. y Firth, J. (2011). *Qualitative data analysis: The framework approach.* Nurse Researcher, 18(2), 52-62.

Stanley, M. y Dougherty, J. (2010). *A paradigm shift in nursing education: A new model.* Nursing Education Perspectives, 31(6), 378-380.

Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Bogotá: Universidad de Antioquia.

Sumner, J. (2010). *Reflection and moral maturity in a nurse's caring practice: A critical perspective.* Nursing Philosophy, 11(3), 159-169.

Taylor, C. (2003). *Narrating practice: Reflective accounts and the textual construction of reality.* Journal of Advanced Nursing, 42(3), 244-251.

Taylor, S. J. y Bogdan, R. (2008). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.

Terra, M. G., Gonçalves, L. H. T., dos Santos, E. K. A. y Erdmann, A. L. (2010). *La sensibilidad en las relaciones e interacciones entre el enseñar y aprender a ser y el hacer enfermería.* Revista Latino-Americana Enfermagem, 18(2). Recuperado 28/01/2012, de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/es_10.pdf

Torsvik, M. y Hedlund, M. (2008). *Cultural encounters in reflective dialogue about nursing care: A qualitative study.* Journal of Advanced Nursing, 63(4), 389-396.

Toulmin, S. (2003). *Regreso a la razón: El debate entre la racionalidad y la experiencia y la práctica personales en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Península.

Valente, G.S. y Viana, L. de O. (2007). *El pensamiento crítico-reflexivo en la enseñanza de la investigación en enfermería: ¡un desafío para el profesor!* Enfermería Global, 6(10), 1-8. Recuperado 28/01/2012, de http://revistas.um.es/eglobal/article/view/253

Van Manen, M. (2003). *Investigación educativa y experiencia vivida*. Barcelona: Idea.

Vygotsky, L. (2010). *Pensamiento y lenguaje.* Barcelona: Paidós.

Vila, M. y Escayola, A. M. (2001). *Visión del estudiante de enfermería sobre sus prácticas clínicas.* Metas De Enfermería, 4(40), 25-31.

Vizcaya, F. (2005). *Valoración del entorno de aprendizaje clínico hospitalario desde la perspectiva de los estudiantes de enfermería.* Alicante: Universidad. Recuperado 28/01/2012 de, http://hdl.handle.net/10045/13280

Vizcaya, F., Pérez, M., Juan, J., Dominguez, M., Cibanal, L. y Siles, J. (2004). *Percepción de los estudiantes de enfermería sobre el entorno de aprendizaje clínico: El clima social.* Evidentia, 1(2). Recuperado 28/01/2012, de http://www.index-f.com.delfos.uem.es/evidentia/sumarion2.php

Waldow, V. R. (2009). *Momento de cuidar: Momento de reflexão na ação.* Revista Brasileira De Enfermagem, 62(1), 140-145.

Zupiria-Gorostidi, X. y Eizmendi-Garate, I. (2008). *Tutorización de prácticas clínicas en estudiantes de enfermería en grupos de supervisión de prácticas*. Gerona: Universidad.

Zupiria-Gorostidi, X., Uranga-Iturrioz, M. J., Alberdi-Erice, M. J., Alberdi-Erice, M. T., Huitzi-Egileor, X. y Sanz-Cascante, X. (2006). *Fuentes de estrés en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería: Evolución a lo largo de la diplomatura.* Enfermería Clínica, 16(5), 231-237.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1. RESUMEN DE LAS PRETENSIONES DE LA INVESTIGACIÓN PARA LOS CENTROS ASISTENCIALES

INTRODUCCIÓN

Desde hace algún tiempo, en enfermería afloran debates sobre la necesidad de un cambio de paradigma en la profesión que vaya en consonancia con las expectativas sociales, culturales y de Espacio Europeo de Educación Superior. Ello pasa por enfocar nuestra práctica diaria hacia la implantación de nuevas metodologías, que permitan al estudiante reproducir su propio conocimiento, fruto de su experiencia, de sus valores y de la orientación de tutores y/o profesores, con el fin de favorecer el aprendizaje reflexivo de los estudiantes de enfermería, así como el ejercicio de un juicio profesional que necesariamente debe surgir de un pensamiento reflexivo y crítico.

Generalmente, la relación estudiante-tutor de prácticas se constituye de manera vertical y unidireccional. El estudiante no es sujeto activo del proceso de aprendizaje; sino objeto receptor de información. Se facilita un conocimiento experto, que se presenta como verdad irrefutable y que dificulta la reflexión sobre las acciones y la capacidad de pensamiento.

La relación tutor-estudiante debe ser una relación bidireccional, basada en el diálogo, donde el alumno se sienta considerado, teniendo en cuenta sus experiencias, sus miedos, sus expectativas y su conocimiento previo.

Esta investigación pretende comprender la vivencia del aprendizaje práctico desde un abordaje reflexivo. Se estudiarán las relaciones que se establecen entre tutor/a-estudiante y cómo se genera el ambiente de aprendizaje

autónomo de los estudiantes de 3º de enfermería. Cuestión indispensable para contribuir a mejorar el aprendizaje del cuidado en los futuros profesionales.

PRETENSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Para ello, a continuación, se detallan los interrogantes para los que como investigadora, me gustaría encontrar respuesta:

- ¿Cómo interpretan sus vivencias los tutores de prácticas clínicas desde su función docente con estudiantes de enfermería y en el contexto de un practicum reflexivo?
    - ¿Cuáles son las percepciones y los significados sobre la tutorización de prácticas clínicas cuando se usan estrategias para facilitar el aprendizaje reflexivo?
    - ¿Cómo son las relaciones pedagógicas que se establecen entre los tutores y los estudiantes y qué repercusión tienen en el aprendizaje reflexivo de los alumnos?
    - ¿Cuáles son las necesidades o limitaciones que surgen en el proceso de aprendizaje reflexivo tutorizado, desde la perspectiva de las tutoras?
    - ¿Cómo las estrategias reflexivas de enseñanza clínica, contribuyen a favorecer la construcción del aprendizaje desde la reflexión y el pensamiento complejo?
- ¿Cómo interpretan sus vivencias los estudiantes de enfermería desde su aprendizaje práctico, en el contexto de un practicum reflexivo?
    - ¿Cuáles son las percepciones de los estudiantes sobre la tutorización de prácticas clínicas mediante la utilización de estrategias de aprendizaje reflexivo, por parte de los tutores?

- ¿Cómo son las expectativas de los estudiantes con respecto a sus tutores de prácticas con este enfoque la utilización de estrategias de enseñanza clínica?
- ¿Cuáles son las necesidades o limitaciones que surgen en el desarrollo del aprendizaje reflexivo tutorizado, desde la perspectiva de los estudiantes?

METODOLOGÍA

Las prácticas clínicas de los estudiantes se sumergen en un mundo basado en experiencias, vivencias e incertidumbre y tienen lugar en un contexto natural, determinado y específico; la planta o servicio hospitalario. Teniendo en cuenta esto, se llevará a cabo una aproximación cualitativa, interpretativa, de corte etnográfico y orientación teorico-crítica. Este tipo de enfoque proporciona una mirada diferente, que se adapta a situaciones de ambigüedad tan frecuentes en la práctica cotidiana de las enfermeras.

Se trata de describir y comprender el contexto de las prácticas de los estudiantes de enfermería tal y como son en realidad, desde la descripción de la experiencia o vivencia humana, desde el mundo interior de los estudiantes y sus tutores, tal y como son vividas y experimentadas por ellos.

Para ello, se han elegido como estrategias de recogida de información: la observación participante, las entrevistas en profundidad a tutoras de prácticas clínicas y los grupos de discusión con estudiantes, estrategias que se detallan en el siguiente apartado y que, necesariamente se irán adaptando según transcurra la investigación.

TRABAJO DE CAMPO

El diseño de la investigación se irá reconstruyendo y reformulando a la luz de los datos que se vayan obteniendo. Se llevarán a cabo:

1. OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE: medio para llegar a la comprensión profunda y explicación de la realidad por la cual el investigador "participa" en la situación que quiere observar, penetra en la experiencia de los otros, pretende convertirse en uno más, analizando sus propias reacciones, intenciones y motivos en la situación "natural" y le permite experimentar y observar, normas, valores, conflictos y presiones del grupo, que en un periodo prolongado no pueden permanecer ocultos.

2. ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD: reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, dirigidos hacia la comprensión de experiencias o situaciones, tal como las expresan los protagonistas y que contribuyen a profundizar en determinados aspectos de la práctica obtenidos durante el periodo de observación.

3- GRUPO DE DISCUSIÓN CON ESTUDIANTES: mediante dinámica grupal, se indagarían los procesos de construcción conjunta de los significados de estudiantes, sobre las prácticas clínicas y sobre cómo se desarrolla el aprendizaje práctico, emulando situaciones cotidianas de la práctica.

Para cada una de las estrategias de recogida de información se solicitará la participación voluntaria de estudiantes y tutores de prácticas.

Se garantizará en todo momento la confidencialidad de los datos y el anonimato de los participantes.

Para la realización de las entrevistas y del grupo de discusión se solicitará permiso para la utilización de una grabadora de voz y cámara de video.

ANEXO 2. PERMISO DE COLABORACIÓN CON LOS CENTROS ASISTENCIALES

Dirección de Enfermería
del Hospital

Madrid a xx de xx de 2011

Apreciada Sra.

Por la presente, D. Jose Luis Medina Moya, Profesor Titular del Departamento de Didáctica y Organización Educativa de la UB y D. Epifanio Fernández Collado, Director de Área de la Universidad Europea de Madrid, nos ponemos en contacto con Vd. con objeto de solicitar la colaboración del Hospital y de la Dirección de Enfermería que usted dirige, para el desarrollo del proyecto de Tesis Doctoral de la profesora Marta Rodríguez García.

La profesora Marta Rodríguez García forma parte del equipo docente de la Universidad Europea de Madrid.

La profesora Rodríguez ha manifestado reiteradamente su interés por el análisis y reflexión en torno al currículum y formación inicial en Enfermería. Dada la situación y el escenario generado en la enseñanza universitaria a partir de la conformación del Espacio Europeo de Educación Superior, en el ámbito de la formación de profesionales de la salud, se consideran prioritarios los estudios sobre el fomento de la capacidad de estos profesionales para aprender su propia práctica. Por ello, reconocemos y apoyamos el interés científico del proyecto.

De las conclusiones de revisión de la literatura relacionada con el tema se derivan una serie de hechos que justifican, a nuestro juicio, la existencia de investigaciones como las propuestas por la profesora Rodríguez.

1º. La escasez de estudios que desde el ámbito educativo, tengan como objeto el currículum de Enfermería y la formación clínica que las futuras profesionales reciben.

2º. Las dificultades con las que nos encontramos, dentro del ámbito educativo, ante la necesidad de generar propuestas innovadoras que mejoren la calidad de las enseñanzas de Enfermería.

3º. En la enseñanza de la Enfermería subsisten en la actualidad importantes problemas epistemológicos, teóricos y metodológicos en el diseño y desarrollo de un currículum que asegure una enseñanza científica, innovadora y de calidad. Además, de la capacitación, científica, psicopedagógica y practico-docente del profesorado de enfermería, depende, en gran medida, la calidad de la enseñanza, calidad a la que quiere contribuir el presente trabajo aportando datos y evidencia que favorezcan una comprensión más profunda de la vertiente clínica de la enseñanza en Enfermería.

Con esta investigación, se pretende estudiar “in situ” las buenas prácticas de enseñanza clínica que desarrollan las docentes consideradas expertas y su relación con los alumnos de enfermería de tercer curso durante el desarrollo de sus prácticas clínicas.

Consideramos que el proyecto de investigación que aquí se propone es de gran interés para el desarrollo y mejora de la enseñanza de la Enfermería y de su ejercicio profesional.

Por último, confirmamos la existencia y disponibilidad de los medios necesarios para poder desarrollar la investigación desde una perspectiva técnica y científica.

Agradecemos de antemano la colaboración de su hospital y esperando que este trabajo sea el inicio de una fructífera colaboración entre la institución que Vd. dirige y nuestra universidad, le saluda atentamente.

Directores Tesis Doctoral

Director de Área

ANEXO 3. PROGRAMA FORMATIVO PARA LOS TUTORES

CURSOS DE TUTORIZACIÓN REFLEXIVA PARA TUTORES

1. INTRODUCCIÓN

Como programa incluido dentro de un plan de formación dirigido a profesionales de la Enfermería con ciertos niveles de experiencia, tanto los contenidos como las actividades propuestas presentarán un marcado cariz profesionalizador. En ese sentido, el presente taller pretende potenciar en los profesionales asistentes los conocimientos y destrezas necesarios para la mejora de la dimensión Educativo/formativa de su ejercicio profesional así como el rigor metodológico y la actitud de autoperfeccionamiento que los constituya en agentes de innovación y mejora de la formación clínica de los profesionales de enfermería.

La actual conceptualización de las profesiones de la salud como una práctica-reflexiva está produciendo un enorme impacto e influencia en la reconceptualización de la práctica profesional del cuidado lo que ha generado, como consecuencia, una transformación muy profunda en la manera de entender la formación inicial y permanente de sus profesionales.

El aumento del interés hacia las nociones de reflexión y práctica reflexiva que se ha desarrollado en las Ciencias de la Salud (en la formación de su profesorado y de sus profesionales) a lo largo de estos últimos años ha sido la manifestación del creciente interés por explorar los modos en que los profesionales de la salud desarrollan su trabajo y en particular examinar el potencial de la reflexión para el aprendizaje de la práctica de la Enfermería.

Como consecuencia de los argumentos anteriores se ha producido un o un cambio en la consideración del papel que juegan las prácticas en la formación inicial y permanente. Hoy día se considera que las prácticas deben ocupar un lugar central alrededor del cual se estructura el currículum de formación profesional.

2. DESCRIPCIÓN DEL TALLER Y METODOLOGÍA DEL TRABAJO

Este seminario posee dos partes diferenciadas pero interrelacionadas. Una primera dedicada a la dimensión teórico-metodológica de la tutorización clínica desde la perspectiva reflexiva y una segunda, de carácter aplicativo en la que se sitúan los conceptos y esquemas teóricos de la primera en procesos reales de tutorización clínica según el enfoque de aprendizaje experiencial, utilizando el modelo de la Supervisión Clínica y con el asesoramiento presencial del formador.

3. PRETENSIONES DEL TALLER

Este programa está dirigido a profesionales de la enfermería con experiencia tanto en el campo asistencial como en docente. El diseño está pensado para un grupo de profesionales que ya poseen conocimientos y experiencias en alguno de esos campos y que requieren, por tanto, una acción pedagógica orientada a:

• La adquisición, actualización, y/o profundización de los fundamentos teóricos y los instrumentos metodológicos que le permitan diseñar y desarrollar estrategias de enseñanza reflexiva en contextos clínicos y/o en el aula.

• El desarrollo de competencias y habilidades comunicativas y pedagógicas que les permitan intervenir desde la perspectiva reflexiva en la formación teórico-práctica de los profesionales de Enfermería

Más concretamente y a través de un trabajo analítico y reflexivo sobre los contenidos se pretende que el profesorado asistente:

• Identificar los diversos componentes, capacidades y habilidades del/la tutor/a clínico

• Aumentar la capacidad de los asistentes para reflexionar sobre su propia práctica y para mostrar pedagógicamente esos procesos reflexivos a los alumnos que tutoriza

• Conocer el Aprendizaje experiencial y la Supervisión Clínica como modelos pedagógicos clave en la tutoría reflexiva

• Identificar las estrategias básicas de evaluación de las prácticas clínicas

4. CONTENIDOS

- El profesional como tutor: conocimientos y habilidadades

- Conocimiento académico y práctica profesional: conocimiento práctico versus saber técnico

- El componente práctico como núcleo de la formación de profesionales de la salud

- Estrategias de tutorización para la formación de profesionales reflexivos

- Modelos de tutoría para una formación práctica reflexiva: Aprendizaje experiencial y Supervisión Clínica

- Estrategias para una tutoría práctico-reflexiva: estudio de Casos, diarios,

investigación-acción, coaching, seminarios

- La evaluación del aprendizaje práctico

5. MÉTODO PEDAGÓGICO DE TRABAJO

El modelo pedagógico del taller es el denominado aprendizaje reflexivo-experiencial. Este modelo inicialmente diseñado en la Universidad de Harvard es poco conocido en la formación clínica pese a sus enorme potencial para una capacitación centrada en el alumnado y que potencie su capacidad de aprender a aprender y fomente el desarrollo de sus habilidades de pensamiento crítico y creativo.

Se parte de una situación real y a través de un proceso en el que los componentes principales son la reflexión sobre la experiencia y la retroacción se llega a la mejora de la actividad docente.

El aprendizaje experiencial tiene lugar cuando los/as tutores/as asistentes al taller a partir de una experiencia que se genera a lo largo del mismo, observan y reflexionan sobre aquélla y realizan algún tipo de abstracción integrando esas reflexiones en sus conocimientos previos utilizadas como guías para acciones posteriores.

El modelo del taller de aprendizaje experiencial se concibe como una espiral que comprende cinco etapas: El presupuesto básico de este modelo es que la experiencia del/la tutor/a es la fuente y origen de todo su aprendizaje

profesional y que a través del aprendizaje experiencial podemos articular los aprendizajes formales y abstractos con las experiencias prácticas.

Es importante remarcar que en este taller el método utilizado forma parte del contenido. Es decir, en el taller se forma de manera "reflexiva" a docentes para que lleven la enseñanza reflexiva-experiencial a su práctica docente. En este taller existe una coincidencia temática entre lo que en él hacemos y de lo que hablamos. Es decir, el contenido del taller (las estrategias reflexivas) se refiere a los métodos con los que el ponente tratará de vehicularlo.

Esta situación brinda una oportunidad única para los profesores participantes puedan observar y analizar una situación real de formación en la que las estrategias reflexivas juegan un papel nuclear: la suya. Ellos son los protagonistas de su propio aprendizaje profesional. Este escenario suele proporcionar varios beneficios para todos los implicados: el grupo de asistentes participa y se implica personalmente en el análisis reflexión de situaciones de formación que ellos mismos.

En este taller se considera que los métodos didácticos empleados forman parte del contenido. Lo que se acaba de enunciar no pretende ser un mero juego de palabras. Antes al contrario, refleja de manera sintética una de las características definitorias de este taller: hay que formar "reflexivamente" a los/as tutores/as para que llevan la "reflexión" a su acción tutorial. En este taller existe una coincidencia temática entre lo que en él hacemos y de lo que hablamos. Es decir, el contenido (la reflexión) se refiere a los métodos con los que el formador tratará de vehicularlo. Esta situación nos brinda una oportunidad única para que formador y tutores puedan planificar, llevar a cabo, observar y analizar una situación real de capacitación reflexiva: la

nuestra. Este escenario nos puede proporcionar varios beneficios formativos para todos los implicados: el grupo asistentes participa y se implica personalmente en el análisis reflexión de situaciones de formación que ellos mismos protagonizan, y eso es precisamente la reflexión: tomar el propio pensamiento y experiencia como objeto de escrutinio. Por tanto, las estrategias reflexivas (método contenido del taller) serán las que utilizará el ponente como método de trabajo en el taller. Más concretamente se presentan el aprendizaje experiencial, el diálogo reflexivo, la traducción dialógica y el diario reflexivo.

ANEXO 4. CRONOGRAMA DE LOS CURSOS FORMATIVOS

TEORÍA/ PRÁCTICA	CONTENIDO
TEORIA 9-14 H	El profesional como tutor: conocimientos y habilidades Conocimiento académico y práctica profesional: conocimiento práctico versus saber técnico El componente práctico como núcleo de la formación de profesionales de la salud
TEORIA 9-14 H	Modelos de tutoría para una formación práctica reflexiva: Aprendizaje experiencial y Supervisión Clínica Estrategias para una tutoría práctico-reflexiva: estudio de Casos, diálogo reflexivo, traducción dialógica, diarios, investigación-acción, coaching, seminarios
PRACTICA 8.30-14.30 15-17	Experimentación de Modelos y estrategias para una tutoría práctico-reflexiva y de la evaluación del aprendizaje práctico
PRÁCTICA 8.30-14.30 15-17	Análisis de la experiencia Conclusiones del taller Derivaciones para la mejora de la formación clínica

ANEXO 5. RESUMEN DE LAS ESTRATEGIAS REFLEXIVAS PARA LOS TUTORES

RESUMEN DE MODELOS Y ESTRATEGIAS REFLEXIVAS PARA UNA FORMACIÓN PRÁCTICO-REFLEXIVA

En este documento presentamos de manera integrada el modelo de la Supervisión Clínica con las estrategias reflexivas "diálogo reflexivo", "traducción dialógica" y "diario reflexivo". Se trata de ofrecer una breve guía que ayude a las tutoras a orientar su acción tutorial hacia una perspectiva reflexiva. Se describen las distintas fases de la supervisión clínica junto con las estrategias de enseñanza reflexiva que pueden utilizarse en cada una de ellas.

FASES DE LA SUPERVISIÓN CLÍNICA	ESTRATEGIAS REFLEXIVAS QUE PUEDEN SER UTILIZADAS
PASO 1: CONFERENCIA DE PLANIFICACIÓN En este momento tutora y estudiante desarrollan colaborativamente una planificación sobre aspectos de la práctica sanitaria que se van a llevar a cabo: que actividades se van a desarrollar, qué métodos se van a aplicar, qué aspectos se van a analizar. También se especifican los papeles de ambas	DIÁLOGO REFLEXIVO (De la estudiante) Durante la conferencia de planificación te sugerimos que pidas a la estudiante que verbalice su comprensión del procedimiento que se va a realizar (qué pasos lo componen, cuáles son los fundamentos de una determinada acción…). Cuando la estudiante está verbalizando el protocolo y le hagas preguntas reflexivas del tipo ¿qué significa eso que dices?, ¿qué te lleva a afirmar eso?, iniciará entonces un proceso reflexivo en el que toma su propio pensamiento/conocimiento como objeto de análisis del que suele ser poco consciente y que puede entenderse del siguiente modo. Este diálogo reflexivo exige a la estudiante que examine inicialmente su propio pensamiento y más concretamente que haga más conscientes las ideas o conceptos que acaba de formular. De manera más intencional se ve abocada a examinar las propiedades y conexiones teóricas o empíricas de esas ideas. En un segundo bucle reflexivo indagará

durante la experiencia.	en sus conocimientos previos acerca de otras nociones o ideas que le permitan explicar con otros términos, ejemplos o analogías, aquello que inicialmente expresó. Todo este proceso le permite ir tomando mayor conciencia de sus conocimientos y de las relaciones que está estableciendo entre ellos. Con la finalidad de conseguir un enfoque de tutoría clínica verdaderamente reflexivo es importante que como tutora entiendas todas esas argumentaciones de la estudiante como sus hipótesis de comprensión. Denominamos hipótesis de comprensión al intento de la estudiante para dar sentido personal a su propio aprendizaje. Se trata de conjeturas que realiza a partir de lo que ya sabe con el fin de hacer inteligible el procedimiento o la idea que le resulta inicialmente confusa, desconocida o novedosa. Nótese que las apreciaciones anteriores sólo pueden realizarse después de que la estudiante haya puesto en contacto el nuevo material a asimilar con sus conocimientos previos. Estas ideas de la estudiante son precisamente el material de trabajo de la tutora. Esas suposiciones que ella realiza con el fin de extraer consecuencias para su aprendizaje profesional, te están mostrando el modo con el que la estudiante está intentando dar un significado al procedimiento clínico o al concepto de que se trate (a partir de lo que ya sabe) con el fin de hacerlo comprensible para ella. Estas ideas elaboradas por la estudiante sin indicaciones previas son la materia prima con la que has de trabajar (matizándolas, ampliándolas, refutándolas…) y modular para ayudarla a "ver bien aquello que tenga que ver". Es importante que tengas en cuenta que en este preciso momento las palabras de la estudiante te muestran cómo ella está entendiendo el procedimiento clínico o la idea a considerar. Este es un momento idóneo para ayudarla a que tome mayor conciencia de sus propios procesos de razonamiento, juicio y comprensión: de elaboración

	de conocimiento profesional. TRADUCCIÓN DIALÓGICA En esta fase, también puede usarse la traducción dialógica. Mientras la estudiante esté respondiendo a las preguntas reflexivas que le has formulado puedes preguntarte qué parte de tu conocimiento (terminología, concepto, procedimientos…) es similar al que ella está utilizando de una manera más coloquial y puede ayudarla a expresarse con mayor propiedad. Una vez hayas identificado ese elemento, recuerda que has de negociar con ella el significado y la conexión existente entre el concepto o significado que ella ha formulado y el tuyo. Para ello puedes hacer una pregunta tipo ¿crees que lo que has expresado como XXXX podríamos expresarlo en YYYY? Recuerda que si la estudiante asiente es importante interrogarla de nuevo acerca de la justificación o razón de la conexión. También en este caso te estará mostrando sus hipótesis de comprensión. Con este método reflexivo que incluye ciclos de interpretación, traducción y negociación puedes conducir la conversación de manera que se va progresando desde las definiciones y concepciones que elaboran las estudiantes a aquellas que tú vas construyendo a partir de las primeras. Usando la pregunta y en un esfuerzo consciente intenta inductivamente, partiendo de las intervenciones de las estudiantes, “traducir” esos términos o líneas de argumentación a otros más cercanos a lo que ella debe aprender (tu terminología, tu manera de entender un procedimiento, las razones que lo justifican…). Este enfoque socrático ayuda a la estudiante a desarrollar aprendizajes significativos pues necesariamente estás partiendo de sus conocimientos previos y en “traducciones” sucesivas la estás ayudando a elaborar un pensamiento más cercano a los aprendizajes que deba desarrollar.

PASO 2: ACCIÓN/OBSER-VACIÓN En segundo lugar, se lleva a cabo el curso de la acción previamente consensuado: la tutora o la alumna lleva a cabo los procedimientos especificados y, o bien la tutora o bien la alumna observan la situación recogiendo la información necesaria.	DIÁLOGO REFLEXIVO (De la tutora) Si eres tú quién demuestra el procedimiento a la estudiante te sugerimos que mientras lo realizas intentes (si la situación lo permite) hacer explícito el procedimiento que estás ejecutando. Significa verbalizar la acción durante la ejecución. Pero no consiste únicamente en que comuniques a la estudiante la tarea (lo que estás haciendo), sino el procedimiento (cómo lo está haciendo) y la justificación de las decisiones que orientan su intervención (por qué lo estás haciendo). En este momento es posible que si la situación lo permite puedas usar pausas reflexivas. Se trata de detener el procedimiento y preguntar a la estudiante cómo continuaría o la razón del paso que se ha realizado. Ya aquí se puede tener en cuenta todo lo dicho en la fase anterior para el diálogo reflexivo de la estudiante y para la traducción dialógica. Si el procedimiento es realizado por la estudiante te sugerimos que observes la acción y recojas la información necesaria para la siguiente fase.
PASO 3: ANÁLISIS Después tiene lugar un proceso de reflexión acerca de la experiencia, primero individual donde alumno y tutor analizan por separado la información que éste ha recogido, qué significa, qué revela, que se puede interpretar en la misma. La tutora ha de tener en cuenta que cuanto menos	DIARIO REFLEXIVO En esta fase la única estrategia que puede utilizarse es el diario reflexivo (primera sección). Recuerda que nuestro diario posee dos secciones. En esta fase se trabaja en la primera sección que hace referencia a la descripción y el primer análisis de la acción desarrollada. La estudiante refleja en el diario la descripción de las técnicas utilizadas, los diálogos con pacientes y personal sanitario, registros en el plan de asistencia sanitaria, indicaciones no verbales…En esta misma sección la tutora podría incluir sus descripciones y reflexiones o si no es posible reservarlas para la siguiente fase.

tiempo pase entre esta fase y la anterior mejores resultados de aprendizaje se alcanzarán.	
PASO 4: CONFERENCIA POST-EVALUACIÓN Ahora tutora y estudiante comparten sus interpretaciones y evidencias y reflexionan sobre qué cambios pueden introducirse en los cursos de acción futuros. Reflexionan sobre los procedimientos y cómo estos pueden ser reorientados en el futuro. Por último, evalúan conjuntamente las conclusiones y determinan la mejor manera de aplicarlas en nuevas situaciones.	En esta fase es posible ya combinar el uso del diario reflexivo, la traducción dialógica y el diálogo reflexivo. DIARIO REFLEXIVO Ahora es cuando puede ser usada la segunda sección del diario reflexivo en la que a partir de la lectura de la sección primera tutora y estudiante llevan a cabo un examen sistemático de esas experiencias: qué se sintió, qué se vio, qué se entendió, qué significado tuvo la experiencia (¿hubo alguna cosa que se pudo haber hecho de manera diferente?, ¿qué cosas funcionaron bien y cuáles no lo hicieron durante la interacción o el procedimiento?, ¿qué conclusiones pueden extraerse de cara a experiencias semejantes y ulteriores?). Se trata de que la tutora ayude a la estudiante a clarificar el significado de la experiencia y de empezar a tomar conciencia de cómo esa información generada por la actividad podría ser usada en futuras acciones.

ANEXO 6. DIRECTRICES TEMÁTICAS DE LAS ENTREVISTAS INDIVIDUALES

- ¿Te motiva participar en la tutorización de los alumnos en la práctica clínica? ¿Crees que esta motivación de las tutoras puede estar relacionada con la edad?
- ¿Cómo crees que contribuyes al aprendizaje de los alumnos en las prácticas?
- ¿Cuál crees que es tu mejor aportación para los alumnos que tutorizas en las prácticas?
- ¿Qué aspectos de la organización de las prácticas clínicas crees que se deberían mejorar?
- ¿Conoces previamente los objetivos de aprendizaje práctico de los alumnos a los que tutorizas? ¿Crees que te vendría bien o les vendría bien el conocerlos previamente?
- Según tu criterio, ¿qué es lo que más les cuesta aprender a los estudiantes? ¿A qué crees que es debido? ¿Qué haces para facilitárselo?
- ¿Cuándo un alumno te pregunta por algún aspecto de la práctica que haces?
- ¿Te incomoda no saber responder a alguna duda de un alumno? ¿Cómo resuelves la situación?
- ¿De qué manera contribuyes a hacer pensar y reflexionar a los alumnos?
- ¿Qué tipo de relación sueles establecer con los alumnos a los que tutorizas?
- Normalmente, ¿como comunicas a los alumnos que algo no lo han realizado bien o que algo lo tienen que modificar?

- ¿Sueles reforzarlos positivamente, cuando algo lo hacen bien o cuando su aprendizaje va evolucionando satisfactoriamente?
- ¿Cuándo en una situación de la práctica existe más de una posibilidad de respuesta, les das a los alumnos la posibilidad de elegir, según su criterio? ¿Les explicas el por qué tu lo haces de esa determinada manera? ¿Crees que la explicación les convence? ¿Reflexionáis de forma conjunta sobre el porqué se hace eso y no otra cosa?
- ¿Sueles delegar responsabilidades de la práctica en los alumnos? ¿Qué crees que se consigue con ello, a nivel de aprendizaje?
- ¿Favoreces la reflexión con el alumno, antes, durante y después de llevar a cabo o de resolver una situación de la práctica?
- ¿Crees que el no dar respuesta a los interrogantes de los alumnos, les facilita el aprendizaje reflexivo?
- ¿Crees que resultas accesible, qué das confianza a los alumnos para que te pregunten sus dudas o qué incluso te cuestionen algún aspecto de la práctica cotidiana?
- Normalmente, ¿te adelantas con alguna explicación al alumno aunque no te hayan preguntado nada? o ¿si no te preguntan das por supuesto que lo saben?
- ¿De qué manera se te ocurre que se favorecería el que los estudiantes integraran conocimientos en la práctica?
- ¿Qué es lo que más valoras de un alumno al que tutorizas?
- ¿Cómo te definirías como tutora?
- ¿Cómo es para ti el alumno ideal, qué cualidades tiene?
- ¿Cómo es para ti la tutora ideal?
- ¿Cómo crees que es para los alumnos la tutora ideal?

- ¿Crees que podrías mejorar alguna de tus facetas o métodos de enseñanza en la tutorización? ¿Cuáles son estas áreas de mejora?
- ¿De qué manera, crees que se podría facilitar el aprendizaje de los estudiantes?
- ¿Crees que enseñas al alumno al que tutorizas?
- ¿Piensas que existe correspondencia entre la teoría aprendida en el aula y la práctica que resuelve las situaciones cotidianas?
- ¿Qué aspectos de la práctica profesional crees que más fácil aprender en las prácticas clínicas? ¿Y los más difíciles?
- ¿Cómo crees que tratan los alumnos a los pacientes?
- Bajo tu punto de vista, ¿el alumno se integra o se trata de integrar en el equipo? Y ¿Cuándo es así, crees que esto repercute positivamente en su aprendizaje? ¿Crees que el personal de la unidad, favorece que el alumno se integre durante su periodo de prácticas?
- ¿Crees que las relaciones entre enfermeras y auxiliares pueden influir de alguna manera en el aprendizaje de los alumnos?
- Un mal día personal o profesional, ¿crees que te influye en el trato que como tutora, reciben los estudiantes de ti?

ANEXO 7. DIRECTRICES TEMÁTICAS DE LAS ENTREVISTAS GRUPALES

- ¿Qué tal las prácticas?
- ¿Tenéis ganas de acabar?
- ¿Habéis aprendido mucho/estáis aprendiendo mucho?
- La mejor tutora de prácticas clínicas que hayáis tenido, ¿qué características tenía o tiene?
- ¿Qué características tiene la tutora de prácticas clínicas con la que habéis aprendido más?
- ¿Qué es lo que más valoráis de una tutora de prácticas clínicas?
- ¿Cómo es para vosotros una situación de prácticas clínicas de la que se aprenda mucho?
- ¿Cuándo tenéis alguna duda durante las prácticas clínicas, cómo la resolvéis? ¿Cuándo se os plantea una duda en las prácticas clínicas, qué hacéis para resolverla? ¿Qué hacen las tutoras, cómo os ayudan?
- ¿Cómo os gustaría resolver los problemas de la práctica clínica?
- ¿Qué comportamientos o actitudes trataréis de evitar vosotros cuando seáis tutores?
- Normalmente, ¿os resuelven todas las dudas en el momento que las planteáis?
- ¿Os quedáis conformes con la respuesta de la tutora? Si no es así, ¿qué hacéis para resolver el problema?
- Cuándo la tutora no logra responderos a alguna duda de las prácticas, planteada por vosotros, ¿suelen preocuparse por solucionar el problema a través de otros mecanismos? ¿Cuáles?

- ¿Pensáis que las tutoras conocen previamente vuestros objetivos formativos?
- ¿Se preocupan las tutoras de la consecución de vuestros objetivos de prácticas?
- ¿Qué aspectos de la práctica profesional pensáis que es más difícil aprender?
- ¿Cómo se podría facilitar su aprendizaje o como se puede alcanzar su aprendizaje?
- ¿A qué aspectos de la práctica profesional, le suelen dar prioridad las tutoras a la hora de enseñaros? ¿Y vosotros?
- ¿Cuándo os vais de las prácticas clínicas con sensación de no haber aprendido o de haber tenido un mal día, por qué ha sido o de qué depende?
- ¿Os especifican las tutoras lo que esperan de vosotros antes de comenzar las prácticas clínicas? ¿Revisáis con ellas vuestros objetivos de aprendizaje?
- ¿Cuándo os plantean las tutoras un problema o una pregunta para qué resolváis, os dan tiempo a qué la penséis o busquéis vosotros la respuesta? Después, ¿comentan los resultados de forma reflexiva con vosotros?
- ¿Con las explicaciones que os facilitan las tutoras sobre dudas que planteáis o que se plantean en las prácticas clínicas os soléis conformar?
- ¿Pensáis que existe correspondencia entre la teoría aprendida y la práctica que resuelve las situaciones cotidianas?

- Normalmente, ¿cómo comunican las tutoras que algo no lo habéis realizado bien o que algo lo tenéis que modificar?
- ¿Os suelen reforzar cuando algo lo hacéis bien o cuando vuestro aprendizaje va evolucionando satisfactoriamente?
- ¿Qué tipo de relación se suele establecer con las tutoras de prácticas clínicas?
- ¿Qué aspectos de la práctica profesional es más fácil aprender en las prácticas clínicas?
- ¿Cuándo en una situación de la práctica existe más de una posibilidad de respuesta, las tutoras os dejan la posibilidad de elegir, según vuestro criterio? ó ¿Imponen su criterio en todas las situaciones, si es así, os dan explicación de porqué actúan así? ¿Esta explicación os convence? ¿Reflexionáis de forma conjunta sobre el porqué se hace eso y no otra cosa?
- ¿Os motiva que las tutoras deleguen responsabilidades de su práctica en vosotros? ¿Por qué pensáis que las tutoras delegan responsabilidades en vosotros? ¿Pensáis que las tutoras intentan que seáis independientes en el desarrollo de vuestras prácticas?
- ¿Pensáis que las tutoras favorecen el que reflexionéis el por qué hacéis las cosas? Si no es así, ¿en qué se basa vuestro aprendizaje en las prácticas clínicas? ¿Cómo aprendéis en las prácticas?
- ¿Qué aspectos de la organización de la tutorización práctica pensáis que se podrían cambiar para mejorar vuestro aprendizaje?
- ¿Pensáis que el tipo de relaciones que se establecen con el personal de la unidad pueden influir de alguna manera en vuestro aprendizaje en las prácticas clínicas?

- ¿Reflexionáis con la tutora antes y después de llevar a cabo o de resolver una situación de la práctica?
- ¿Existe correspondencia entre la reflexión teórica realizada y la práctica clínica?

ANEXO 8. CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN

"El arte del cuidado: un legado reflexivo de saber"

1. Información sobre la investigación de tesis.

Usted ha sido invitado/a a participar en una investigación que pretende estudiar "in situ" las buenas prácticas de enseñanza clínica que desarrollan las docentes consideradas expertas y su relación con los alumnos de enfermería de últimos cursos durante el desarrollo de sus prácticas clínicas.

La información que usted proporcione en la entrevista en profundidad (o la técnica que corresponda) quedará registrada en una grabación de audio o video y será sometida a análisis en total confidencialidad.

Al analizar la información se producirá un informe final, donde se mantendrá igualmente el anonimato de los/as entrevistados/as.

Le estoy invitando a participar de esta investigación de forma voluntaria, teniendo derecho a retirarse de estudio en cualquier momento sin que ello le afecte de ninguna forma. También si usted lo desea y solicita podrá contar con una copia de la entrevista escrita o en audio. Tiene el pleno derecho a preguntar ahora o durante el transcurso de su participación cualquier duda que le surja.

Contacto: Investigadora tesis

Nombre: Doctorado en Ciencias de la Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud

Programa: Educación y Práctica

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

2. Documento del Consentimiento Participante:

Declaro haber leído la información descrita y que mis preguntas acerca de la investigación de tesis han sido respondidas satisfactoriamente. Al firmar este documento, indico que he sido informado/a de la investigación: "El arte del cuidado: un legado reflexivo de saber" y que consiento voluntariamente participar entregando mis opiniones y en una entrevista. También autorizo a la proyección de las grabaciones de las tutorías en las que he participado. Entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento sin que ellos me afecten de ninguna forma.

Nombre del participante:

Firma: _____

Fecha: