



**BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index**  
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

**Cómo citar este documento**

Gutiérrez Jiménez, LI; Hernández Zambrano, SM. Significado del discurso de cuidado del docente en la formación del estudiante frente al acto de cuidado humanizado. Biblioteca Lascasas, 2007; 3 (1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0203.php>

**SIGNIFICADO DEL DISCURSO DE CUIDADO DEL DOCENTE EN LA  
FORMACIÓN DEL ESTUDIANTE FRENTE AL ACTO DE CUIDADO  
HUMANIZADO**

**LUDY IBONE GUTIÉRREZ JIMÉNEZ**

**COD. 221107896**

**SANDRA MILENA HERNÁNDEZ ZAMBRANO**

**COD. 221111896**

**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**TUNJA**

**Septiembre, 2006**

**SIGNIFICADO DEL DISCURSO DE CUIDADO DEL DOCENTE EN LA  
FORMACIÓN DEL ESTUDIANTE FRENTE AL ACTO DE CUIDADO  
HUMANIZADO**

**Trabajo de grado presentado para obtener el título de  
ENFERMERA**

**LUDY IBONE GUTIÉRREZ JIMÉNEZ**

**COD. 221107896**

**SANDRA MILENA HERNÁNDEZ ZAMBRANO**

**COD. 221111896**

**DIRECTORA**

**Enf. MgSp, DOCENTE MARIA NUBIA ROMERO BALLÉN**

**Diplomada en INVESTIGACIÓN CUALITATIVA**

**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**TUNJA**

**Septiembre, 2006**

## **CONTEXTO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

### **MACROPROYECTO**

El Cuidado de Enfermería y de la Salud entre exclusiones y resistencias

### **GRUPO DE INVESTIGACIÓN (GERCUS)**

Exclusiones y resistencias en el Cuidado de la Salud

### **SEMILLERO DE INVESTIGACIÓN**

BXISQUA SUN

### **LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

Cuidado en la Adversidad

## CONTENIDO

	Pág.
1. TÍTULO	1
2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	2
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
4. JUSTIFICACIÓN	7
5. OBJETIVOS	10
5.1. Objetivo General	10
5.2. Objetivos Específicos	10
6. MARCO CONCEPTUAL	11
6.1. Discurso Pedagógico	11
6.2. Acto de Cuidado Humanizado	13
6.3. Cuidado en la Adversidad	15
7. DISEÑO METODOLÓGICO	17
7.1. Tipo de Estudio	17
7.2. Método y Enfoque	18
7.3. Características de los Participantes	19

7.4. Características del Espacio	20
7.5. Unidad de análisis	21
7.6. Unidad de Trabajo	21
7.7. Metodología	21
7.7.1. Instrumentos	21
7.7.2. Descripción y Ordenamiento Conceptual	22
7.7.2.1. Codificación Abierta	23
7.7.2.2. Codificación Axial	24
7.7.3. Descripción de Categorías	24
8. DESCRIPCIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE CATEGORÍAS	26
8.1. Cuidado Humanizado como proceso intrínseco	30
8.2. Cuidado Humanizado más allá del discurso: Una confrontación práctica	40
8.2.1. Acto de Cuidado Humanizado mediado por la interrelación docente-estudiante	44
8.2.2. Acto de Cuidado centrado en el sujeto y Acto de Cuidado que lo cosifica	46
8.3. El discurso de Cuidado se debate entre la validación y cosificación del sujeto	50

8.3.1. Discurso de cuidado centrado en el sujeto	51
8.3.2. Discurso de Cuidado que cosifica al sujeto	57
8.4. Las condiciones de los campos de práctica desdibujan el Cuidado Humanizado y son una barrera para ejercerlo	62
8.5. Claves para que el estudiante asuma de manera consciente el Cuidado Humanizado	70
CONCLUSIONES	78
RECOMENDACIONES	80
BIBLIOGRAFÍA	82
ANEXOS	

## LISTA DE ANEXOS

**ANEXO I:** Glosario

**ANEXO II:** Convenciones codificación abierta, codificación axial y descripción de categorías

**ANEXO III:** Cuadros Codificación Abierta

**ANEXO IV:** Cuadro Codificación Axial

**ANEXO V:** Formato diario de Campo

**ANEXO VI:** Memorandos

**ANEXO VII:** Consentimiento Informado Observaciones

**ANEXO VIII:** Consentimiento informado Entrevistas

**ANEXO IX:** Entrevista semiestructurada estudiantes

**ANEXO X:** Entrevista Semiestructurada docente 1

**ANEXO XI:** Entrevista Semiestructurada docente 2

**ANEXO XII:** Entrevista Semiestructurada docente 3

## RESUMEN

**Palabras Clave:** Discurso de Cuidado, Acto de Cuidado Humanizado, Cuidado en la adversidad.

El trabajo de investigación hace parte del macroproyecto “El Cuidado de Enfermería y de la Salud: entre exclusiones y resistencias” y nace como respuesta a la inquietud de las estudiantes investigadoras por comprender cómo desde los espacios académicos se puede resignificar el Acto de Cuidado. Así, una mirada crítica-reflexiva y propositiva al discurso emitido por el docente, permitirá comprender el significado que el estudiante ha construido alrededor del Cuidado Humanizado.

La investigación tuvo como finalidad describir las manifestaciones del discurso de Cuidado del docente en el proceso de formación profesional de Enfermería, para comprender cómo logra formar al estudiante frente al Acto de Cuidado Humanizado.

El método empleado para el presente estudio es la etnografía interpretativa, ya que el discurso de Cuidado de los docentes fue descrito e interpretado para posteriormente comprender su significado en la formación del estudiante frente al Acto de Cuidado Humanizado. Los participantes sujeto de la investigación fueron 3 docentes y 4 estudiantes de la Escuela de Enfermería UPTC, que cursaran sus labores académicas en el primer semestre de 2006.

Una vez sistematizada la información emergente de las observaciones en aulas de clase y las entrevistas a estudiantes y docentes, emergieron cinco categorías que describen analítica e interpretativamente el *Significado del Cuidado Humanizado* en los contextos donde se construye y potencializa: contexto personal, contexto académico y contexto laboral.

Las categorías emergentes recogen opiniones, percepciones y actitudes de docentes y estudiantes en torno al significado del discurso de Cuidado en la formación del estudiante frente al Acto de Cuidado Humanizado y fueron construidas de acuerdo a la densidad conceptual encontrada: Cuidado Humanizado como proceso intrínseco, el discurso de Cuidado se debate entre la validación y cosificación del Sujeto, Cuidado Humanizado más allá del discurso: una confrontación práctica, los campos de práctica desdibujan el Acto de Cuidado Humanizado y son una barrera para ejercerlo y claves para que el estudiante asuma de manera consciente el Cuidado Humanizado.

En primera instancia y desde los datos emergentes encontramos que el cuidador desde sus espacios personales construye el Cuidado Humanizado al transpolar el yo personal al yo profesional y al hacerlo vivencial en su cotidianidad: *Cuidado Humanizado como proceso intrínseco*. Para los estudiantes el Cuidado Humanizado cobra un carácter empírico expresado desde la experiencia sensorial del cuidador donde el contacto, las miradas,



el acompañamiento y las palabras afectuosas son las máximas expresiones del Cuidado Humanizado.

Desde la emergencia, en el contexto académico se enriquece o desvanece la construcción personal del estudiante frente al Acto de Cuidado Humanizado, por ello encontramos *el discurso de Cuidado se debate entre la validación y cosificación del sujeto*. Por un lado cuando el discurso de Cuidado reconoce al sujeto sobrepasando el acto técnico y la instrumentalización, se convierte en un modelo de Cuidado para el estudiante y por otro, cuando el discurso está fundamentado en el proceso fisiopatológico, es eminentemente instrumental y se construye en torno al sistema de Salud, pierde validez al alejarse del sujeto de Cuidado.

Teniendo en cuenta que los actores del proceso académico consideran que el discurso desarticulado de la acción no trasciende ni logra formar al estudiante frente al Acto de Cuidado Humanizado, emerge *Cuidado Humanizado más allá del discurso: una confrontación práctica*. Esta categoría deja entrever que el contacto con la realidad clínica y el sujeto de Cuidado, la interrelación docente – estudiante y el Acto de Cuidado del docente enmarcado en sus acciones, expresiones y actitud con el estudiante y el sujeto de Cuidado, promueve la formación del estudiante frente al Acto de Cuidado Humanizado.

Así mismo, estudiantes y docentes reconocen el impacto de las condiciones de adversidad en el quehacer profesional, por ende emerge *las condiciones de los campos de práctica desdibujan el Acto de Cuidado Humanizado y son una barrera para ejercerlo*. Desde la emergencia encontramos que además de desdibujar el quehacer de Enfermería, las condiciones desarticulan los procesos formativos del cuidador y como tal, lo transforman en un objeto productivo que debe olvidarse de los principios formativos que sustentan el ejercicio profesional para adherirse al sistema.

Finalmente y a la luz de la emergencia, las experiencias de vida y académica fortalecen la formación del estudiante frente al Cuidado Humanizado, para que lo asuma de manera consciente: *Claves para que el estudiante asuma de manera consciente el Cuidado Humanizado*. Esta categoría logra condensar elementos de las relaciones conceptuales descritas anteriormente: autoreconocimiento del cuidador, interrelación comprensiva docente-estudiante, Cuidado Humanizado como proceso intrínseco y discurso y Acto de Cuidado centrados en el sujeto.

## **1. TÍTULO**

SIGNIFICADO DEL DISCURSO DE CUIDADO DEL DOCENTE EN LA FORMACIÓN DEL ESTUDIANTE FRENTE AL ACTO DE CUIDADO HUMANIZADO

## 2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

*“La única verdadera norma de grandeza de cualquier civilización es nuestro sentido de responsabilidad moral para hacer un adecuado traslado de material hacia los valores humanos”*

**Laura Vanegas<sup>1</sup>**

Desde su origen, Enfermería ha sido una profesión que con el tiempo ha venido construyendo un campo disciplinar fundado en el Cuidado esencialmente humano y como tal, ha buscado en la base de sus conocimientos científico-técnicos la construcción del saber y quehacer propios del desempeño profesional desde la formación académica, poniendo en el centro al Ser humano como razón de su profesión.

Como participantes activas del proceso académico en calidad de estudiantes, hemos vivenciado a través de la observación espontánea y de la internalización de conocimientos, que el discurso de Cuidado emitido en las aulas de clase influye directamente en los comportamientos y actitudes del estudiante y en la forma como asume e introyecta los saberes impartidos por el docente.

Así mismo y durante nuestra experiencia académica, hemos percibido que el discurso se desarrolla alrededor del proceso fisiopatológico, las funciones orgánicas del sujeto y la enfermedad, desdibujando tanto la integralidad de la persona como el quehacer profesional; según lo expresan los estudiantes “en clase nos hablan de fisiología y el curso de la enfermedad, signos y síntomas y tratamiento y al final cuando estamos cansados hablan del proceso de Enfermería, al que nadie le pone atención”<sup>2</sup>. Consideramos que el conocimiento de la patología no deja de ser importante, aunque creemos que por sí solo no constituye el eje central del ejercicio profesional.

El Cuidado expresado a través del discurso se orienta al aprendizaje de técnicas y procedimientos que homogenizan al sujeto al direccionar el Acto de

---

<sup>1</sup> VANEGAS, Laura. La gestión de los servicios de Salud. Ediciones Díaz de Santos SA. Madrid: 1996. p. 68.

<sup>2</sup> Entrevistas informales a estudiantes de Enfermería. Octubre/2005

Cuidado desde la patología y no desde sus necesidades reales. Los estudiantes refieren “con el proceso de Enfermería uno hace lo de siempre: tomar signos vitales, cambiar al paciente de posición, controlar líquidos administrados y eliminados... pero uno no está centrado en la persona”<sup>3</sup>. Así la profundidad y finalidad del discurso frente al quehacer profesional y de manera específica en el Acto de Cuidado Humanizado parece que se deteriorara y desvaneciera, cuando este se centra en la postura biológica del sujeto.

De igual forma el discurso de Cuidado al desarticularse de las condiciones del Sistema de Salud y la profesión, se transforma en una entidad aislada que no es significativa para el estudiante dentro del proceso de formación, según lo mencionan “una cosa es la que a uno le dicen en clase y otra muy distinta es la que a uno le toca hacer en las prácticas, es que nos toca adaptarnos al sistema”<sup>4</sup>. Esta situación desfigura el significado del Cuidado de Enfermería, al conducir al profesional a trabajar desde los propósitos económicos y productivos de las instituciones de Salud y no desde los objetivos centrales del Cuidado. Frente a esta postura, Paulo Freire argumenta que “la educación bancaria limita formar al estudiante en un medio crítico y reflexivo”<sup>5</sup>, convirtiendo el discurso en una retórica sin validez que al no ser coherente con la realidad se desvanece en los espacios universitarios.

Las características del discurso de Cuidado mencionadas anteriormente son percibidas desde nuestra experiencia académica como condiciones que deforman la finalidad del Cuidado, ya que si el docente emite un discurso descontextualizado impide una formación acorde tanto con las condiciones socioeconómicas actuales del país y la realidad como con la formación profesional. Algunos esquemas pedagógicos manejados en las aulas de clase permiten que los estudiantes se conviertan en receptores pasivos del conocimiento, el estudiante en el proceso de enseñanza se dedica a escuchar, tomar apuntes y aprender los depósitos de conocimiento que impartidos por el docente no son vivenciales con una realidad acorde a las condiciones de

---

<sup>3</sup> *Ibíd.*, p. 1.

<sup>4</sup> *Ibíd.*, p. 3.

<sup>5</sup> FREIRE, Pablo. *La pedagogía del oprimido*. Siglo XXI editores, edición No. 37, tierra nueva, Montevideo, Uruguay, p. 24.

nuestro ejercicio profesional.

Teniendo en cuenta que el discurso de Cuidado logra materializarse en el quehacer profesional y que éste no puede desligarse de las condiciones laborales actuales, hemos experimentado que el ejercicio del Cuidado está condicionado por las políticas que el Sistema de Salud ofrece a la profesión: extensos procesos administrativos que reducen el tiempo de interacción con el sujeto de Cuidado, multiplicidad de actividades ajenas al ejercicio profesional y priorización de acciones técnicas sobre acciones propias del quehacer de Enfermería, entre otras. Así, el Acto de Cuidado se transforma en un evento deshumanizante tanto para el profesional como para el sujeto.

Como consecuencia de esta adversidad los estudiantes experimentamos durante el contacto con la realidad del quehacer profesional, que el Cuidado Humanizado se convierte en una necesidad tanto del personal que lo ofrece como del ser humano que lo recibe, ya que se transforma en un elemento de expansión y desarrollo humano y profesional.

Desde nuestra perspectiva, la academia es una de las instituciones que puede contribuir a contrarrestar las consecuencias adversas del Sistema de Salud en el quehacer profesional y como tal, nos cuestionamos sobre la capacidad que tiene el discurso de Cuidado del docente en la formación del estudiante frente al Acto de Cuidado Humanizado.

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Durante el proceso de formación profesional de Enfermería, ¿cómo el discurso de Cuidado del docente logra formar al estudiante frente al Acto de Cuidado Humanizado?

#### 4. JUSTIFICACIÓN

*“Los hombres no se hacen en el silencio, sino en la palabra, en el trabajo, en la acción y en la reflexión”*  
**Paulo Freire<sup>6</sup>**

Un enfoque de Cuidado fundado en las ciencias humanas se viene construyendo y es requerido para la práctica de Enfermería ahora y en el futuro. A medida que la profesión avanza tanto en el campo científico como en la práctica clínica y comunitaria un nuevo modelo de Cuidado en Enfermería se hace necesario.

Teniendo en cuenta que el proceso de formación logra construir en el estudiante un modelo de Cuidado que se convierte en el fundamento de su quehacer profesional, una mirada crítica y propositiva alrededor del discurso de Cuidado emitido por el docente permitirá comprender cómo logra formar al estudiante frente al Acto de Cuidado Humanizado.

Desde esta postura, reflexionar alrededor del discurso de Cuidado entendido como las palabras, expresiones verbales y mensajes de Cuidado que el docente enuncia en el aula de clase, permitirá caracterizar el discurso de Cuidado para posteriormente encontrar sus significados frente al Acto de Cuidado Humanizado y la manera como permea al estudiante.

Partiendo que la academia se convierte en el primer contacto del estudiante con el ejercicio de la profesión, es fundamental comprender que dependiendo del discurso emitido el estudiante logra estructurar un modelo de Cuidado. Según lo plantea Freire, el proceso de formación tiene la capacidad de construir dos tipos de enseñanza: una en la que “la educación enajenante convierte al individuo en un depósito de conocimientos adquiridos a través de un proceso mecánico”<sup>7</sup>, y otra, en la que la educación se transforma en fuente liberadora al permitir la continua acción y reflexión a partir de la realidad.

---

<sup>6</sup> FREIRE, Op. cit, p. 17.

<sup>7</sup> FREIRE, Op. cit, p. 46.

Si el Cuidado Humanizado como base y esencia del quehacer profesional es un elemento que potencia el actuar de Enfermería al permitirle al cuidador acercarse a la realidad del sujeto y en ella direccionar el Acto de Cuidado, es de alto interés científico comprender cómo se está forjando en los estudiantes el Cuidado Humanizado. Lo anterior tiene sentido en la medida en que hoy la profesión cuenta con la ley 911 que en su artículo 3 implícitamente exige: “el Acto de Cuidado está fundamentado en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Se da a partir de la comunicación y **relación interpersonal humanizada** (resaltado nuestro) entre el profesional de Enfermería y el Ser Humano sujeto de cuidado, la familia o grupo social en las distintas etapas de la vida, situación de Salud y del entorno”<sup>8</sup>. De ahí que el Acto de Cuidado Humanizado logra resignificar el quehacer profesional al permitirle al cuidador centrar sus acciones en el sujeto de Cuidado y sus necesidades y por ende, hacer resistencia a las condiciones de adversidad por las que atraviesa el Sistema de Salud, las instituciones y la profesión.

Esta situación amerita que “uno de los compromisos de los docentes frente a esta situación de crisis es trabajar por una educación y una pedagogía en Enfermería que potencialice las libertades... y que contribuya a consolidar un Cuidado Humanizado”<sup>9</sup>. Así, una mirada crítica y reflexiva al discurso de Cuidado, permitirá comprender cómo el estudiante asume e introyecta el Cuidado Humanizado y si lo visualiza como un mecanismo de resistencia a las consecuencias nefastas del Sistema de Salud en el quehacer profesional.

Estamos convencidas que cuando la universidad sea visualizada como el estamento que enseña a pensar mediante el diálogo, el debate abierto y la humanización, se logrará hacer vivencial una educación formativa para la vida.

---

<sup>8</sup> República de Colombia. Ley 911 de 2004 “Responsabilidades deontológicas para la profesión de Enfermería”. Artículo 3. p. 4.

<sup>9</sup> ROMERO, María Nubia. Resistencia en la adversidad: Cuatro compromisos desde la docencia. XVI Congreso ANEC. Medellín: 2005. p. 2.



## **5. OBJETIVOS**

### **5.1. OBJETIVO GENERAL**

Describir las manifestaciones del discurso de Cuidado del docente en el proceso de formación profesional de Enfermería, para comprender cómo logra formar al estudiante frente al Acto de Cuidado Humanizado.

### **5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ☺ Caracterizar mediante la descripción analítica de categorías emergentes el discurso de Cuidado del docente de Enfermería.
  
- ☺ Mediante la descripción e interpretación reconocer el significado del discurso del docente en la formación del estudiante frente al Acto de Cuidado Humanizado.
  
- ☺ Describir e interpretar cómo las condiciones de los campos de práctica permiten o restringen el ejercicio del Cuidado Humanizado promovido en el aula de clase.

## 6. MARCO CONCEPTUAL

*“El ejercicio de Enfermería exige no sólo unos conocimientos teóricos, sino también unas cualidades personales que faciliten un contacto próximo con el sujeto de cuidado y su entorno social”*

**Elizabeth Beltrán<sup>10</sup>**

Con relación al problema planteado en la presente investigación, abordaremos de manera conceptual cada una de las categorías deductivas que utilizamos para abordar el proceso investigativo: discurso de Cuidado, Acto de Cuidado Humanizado y condiciones de adversidad.

Una vez conceptualizados los elementos a la luz de la teoría serán confrontados con las categorías emergentes, con la finalidad de enriquecer y aportar nuevos conceptos que a futuro puedan resignificar el Acto de Cuidado.

### 6.1. DISCURSO DE CUIDADO

Tuso al retomar a Ricardo Hevia desde la postura lingüística considera el discurso como “una estructura verbal o forma de lenguaje hablado expresada en un contexto social, político o cultural”<sup>11</sup>. Desde esta perspectiva, el discurso de Cuidado objeto de análisis, será entendido como los mensajes de Cuidado que el docente emite en el aula de clase (Frases, palabras, reflexiones y/o anécdotas).

El discurso pedagógico en Enfermería aunque “ha hecho esfuerzos por conceptualizar sobre esta práctica, concibe el cuidado como un acto que se ejerce sin conciencia, ya que durante la formación universitaria se aprenden técnicas instrumentales, deshistorizadas y desarticuladas de una visión comprensiva del quehacer”<sup>12</sup>. Esta desarticulación del ejercicio profesional se

---

<sup>10</sup> BELTRÁN, Elizabeth. Dimensiones del Cuidado. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: 1998. p. 236.

<sup>11</sup> TUSO, Ariel. Las cosas del decir: Manual del análisis de discurso. Barcelona: 1999. p. 92.

<sup>12</sup> CASTRILLON, María Consuelo. La dimensión social de la práctica de la Enfermería. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín, 1997. p.37

debe quizá a que no hemos podido trascender del modelo biologicista que atrapa y fragmenta la formación del estudiante frente al Acto de Cuidado Humanizado.

A la luz de lo emergente en el proceso investigativo y particularmente en el marco de Enfermería como una profesión que se consolida en los espacios universitarios, la importancia del discurso reside en su capacidad por trascender una retórica trasmisionista en un proceso que enriquecido en la *interacción docente-estudiante* y articulado al acto práctico, logra fortalecer el Acto de Cuidado Humanizado para convertirse en un modelo de Cuidado para el estudiante.

Desde las relaciones conceptuales emergentes, el discurso como parte de la cultura académica se debate entre dos contrastes: *la validación y cosificación del sujeto*. Por un lado, el discurso de Cuidado centrado en el Sujeto es aquel que supera la sonoridad de la palabra para convertirse en una práctica discursiva *trascendente*, donde la *realidad del sujeto*, su *integralidad* y la *interrelación comprensiva* con el cuidador son elementos que potencializan el Acto de Cuidado Humanizado y por otro, el discurso de Cuidado que cosifica al sujeto es aquel que fragmenta su integralidad, se construye desde las políticas de las instituciones de Salud, se desarrolla alrededor del proceso fisiopatológico y prioriza un Cuidado técnico e instrumental sobre un Cuidado centrado en el sujeto.

Desde esta perspectiva y retomando las posturas emergentes podemos decir que para los actores del proceso académico *el discurso centrado en el sujeto* conjugado a la acción y a la *interrelación comprensiva docente-estudiante* logra redimensionar el Acto de Cuidado Humanizado, al transformar una práctica discursiva *etiquetada* en un discurso trascendente que al validar al sujeto le permite al estudiante hacer resistencia desde los espacios académicos al contexto de adversidad por el que atraviesa la profesión.

## 6.2. ACTO DE CUIDADO HUMANIZADO

Según la ley 911 de 2004 que define las responsabilidades deontológicas para la Enfermería, el Acto de Cuidado es definido como “el ser y esencia del ejercicio de la profesión. Se fundamenta en sus propias teorías, tecnologías y en conocimientos actualizados de las **ciencias biológicas, sociales y humanísticas**. Se da a partir de la comunicación y **relación interpersonal humanizada** (resaltado nuestro) entre el profesional de Enfermería y el ser humano sujeto de cuidado, la familia o grupo social en las distintas etapas de la vida, situación de Salud y del entorno”<sup>13</sup>.

Así, desde los parámetros legales se determina el Cuidado Humanizado como el fundamento del ejercicio profesional y por ende, debe ser promovido desde el ejercicio académico.

Para aproximarnos a la conceptualización de Cuidado Humanizado es necesario desglosar cada uno de los aspectos que lo componen.

El humanismo según Pablo Guadarrama “no constituye propiamente una corriente filosófica sino más bien una propuesta que sitúa al hombre como valor central de todo lo que existe y a partir de esa consideración, subordina toda actividad a propiciarle mejores condiciones de vida material y espiritual”<sup>14</sup>

Por otro lado, Eduardo Santa sostiene que “el humanismo es una posición vital y concreta del hombre frente a sí mismo, una perspectiva que lo determina y lo señala como eje de toda actividad humana. En consecuencia, todo debe estar a su servicio contribuyendo en su realización moral, intelectual y física”<sup>15</sup>

De igual forma, el Cuidado Humanizado se define como “un acto de reciprocidad que tiene como fin la protección de la Salud en sus diferentes dimensiones y la preservación de la dignidad del Ser... requiere visualizar al

---

<sup>13</sup> República de Colombia. Ley 911 de 2004 “Responsabilidades deontológicas para la profesión de Enfermería”. Artículo 3. p. 3.

<sup>14</sup> BRAVO MOLINA, Carlos. El concepto de Formación Humanista: Tradición y Modernidad. Medellín: 2001. p. 28.

<sup>15</sup> *Ibíd.*, p. 28.

paciente como un sujeto activo, trascendente e integral que pertenece a un contexto...”<sup>16</sup>

Para las investigadoras el Cuidado Humanizado es la base de las acciones de Enfermería, por lo que retomamos el concepto dado por Romero: “el Cuidado Humanizado cuida la existencia humana, no puede ser un cuidado pasivo en el que el saber y el actuar son solo de la enfermera ignorando el potencial de las personas que cuida; no es un cuidado que se otorga sólo a través de la técnica, convirtiendo al sujeto en un instrumento de su acción ni es solo la palabra afectuosa del profesional; ha de ser un cuidado que pregunte, que dialogue, que hable por el mundo y la realidad que hace la existencia humana, no para que la contemple sino para que generen acciones que la transformen, ya sea en el ámbito individual o colectivo, en un encuentro con las personas que cuida”<sup>17</sup>

En contraste con la conceptualización emergente en la presente investigación, el Cuidado Humanizado adquiere un carácter eminentemente *sensorial, humanitario y afectuoso*, es decir, para el estudiante y el profesional prima en su acción de cuidado expresiones que fluyen de sus sentidos y emociones pero los procesos de comprensión integral de carácter humanista que tiene que ver con el mundo físico (sus condiciones y calidad de vida) y espiritual (el mundo de sus valores, creencias y deseos) está desarticulado del conocimiento que lo sustenta y las necesidades de Cuidado del sujeto. Ese cuidado sensorial se refleja en la interacción sostenida entre el cuidador con el sujeto donde hablar, mirar y tocar son las máximas expresiones del Cuidado llamado Humanizado; al igual que lo sensitivo, el cuidado humanitario y afectuoso que se liga a lo caritativo o bondadoso es una forma primaria de reconocer al sujeto sin hacerlo parte activa del proceso. Esta es una visión empírica, fragmentada, reduccionista e irreal del Sujeto que se cuida.

---

<sup>16</sup> CHAVARRO, Claudia. Naturaleza del cuidado humano y valores de cuidado en Enfermería. Bogotá: 1988. p. 34.

<sup>17</sup> ROMERO, María Nubia. Resistencia en la adversidad: Cuatro compromisos desde la docencia. XVI Congreso ANEC. Medellín: 2005. p. 4.

### 6.3. CUIDADO EN LA ADVERSIDAD

Astrid Helena Vallejo, expresa que el actual Sistema General de Salud se ha atrapado en el modelo económico neoliberal que relega a segundo plano la Salud como derecho fundamental porque “el Sistema General de Seguridad Social en Salud es fragmentado... es un sistema con incentivos perversos, al plantear una serie de actividades facturables que se convirtieron en motor del sistema porque de ellas derivan las ganancias unos y la subsistencia otros, esto unido a la ausencia de referentes poblacionales, sin un sistema de información y sin normas que exijan el logro de objetivos en Salud, además la existencia de una cadena viciosa de contrataciones y subcontrataciones, permite concluir que actualmente la Salud no es el objetivo del sistema”<sup>18</sup>

Este sentido valorativo del Sistema General de Seguridad Social en Salud se contrasta con la emergencia del proceso investigativo, en el que podemos reafirmar que las actividades administrativas centradas en la productividad se han convertido en la manera de calificar la eficiencia del profesional de Enfermería y como tal, este se ve abocado a trabajar desde los propósitos financieros de las instituciones de Salud y no desde los objetivos de su quehacer.

Por otro lado y según Romero “el cuidado en la adversidad... se caracteriza por la expropiación del sujeto, que se da en la medida en que se viene perdiendo desde hace años lo que ha constituido como la esencia del cuidado, es decir, la relación intersubjetiva **humanizada** entre enfermera(o) y paciente, pérdida que hoy se agudiza, en la medida en que los “objetos” dominan sobre el cuidado del sujeto”<sup>19</sup>

“La expropiación del sujeto” como consecuencia de las condiciones laborales es repetida por los actores del proceso académico quienes refieren que las condiciones de los campos de práctica desdibujan el acto de Cuidado

---

<sup>18</sup> VALLEJO RICO, Astrid Helena. Políticas públicas: Impacto de la reforma a los servicios de Salud, retos y perspectivas para el futuro de Colombia. XVI Congreso ANEC. Medellín: 2005. p. 3.

<sup>19</sup> ROMERO, Op. cit. p. 2

Humanizado. No obstante, consideran que aunque el contexto de adversidad actual desvirtúe el quehacer profesional, el cuidado humanizado como proceso personal, logra cristalizarse si el cuidador tiene claridad sobre el impacto de las condiciones en el ejercicio de Enfermería y lo visualiza como un mecanismo de resistencia que progresivamente resignifica el Acto de Cuidado.

## **7. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **7.1. TIPO DE ESTUDIO**

La presente investigación correspondió a un estudio cualitativo, ya que exploró opiniones, valores, creencias y concepciones de estudiantes y docentes en torno a la relación entre el discurso de Cuidado emitido en el aula de clase y el Acto de Cuidado Humanizado. Según lo expresa Boyle: “la investigación cualitativa estudia sistemáticamente la experiencia cotidiana haciendo énfasis en la subjetividad, es decir, se interesa por entender cómo las experiencias son vividas e interpretadas desde la realidad de sus actores”<sup>20</sup>

Según Money y Singer (1988), la metodología cualitativa se caracteriza principalmente por “comprender los significados sociales en el contexto, ya que a partir de la observación se aprecian y perciben aspectos de la realidad inmediata, hechos y acontecimientos a través de los sentidos que permiten recolectar la información en contacto directo con la realidad”<sup>21</sup>. A la luz de esta afirmación, el presente proyecto de investigación indagó en el proceso enseñanza-aprendizaje el discurso de Cuidado desde la percepción de quienes lo vivencian, en este caso docentes y estudiantes de la Escuela de Enfermería y de esta forma, nos permitió acercarnos a la realidad y al significado que otorgan a la relación entre discurso de Cuidado y Acto de Cuidado Humanizado.

---

<sup>20</sup> BOYLE, Joyceen. Asuntos Críticos en los métodos de la investigación cualitativa: Estilos de etnografía. p. 98.

<sup>21</sup> PEREIRA RAMOS, Arthur. Etnografía e investigación. Ediciones Panamericana. Brasil: 1996. p. 26.

## 7.2. METODO Y ENFOQUE

El método empleado para el presente estudio es la etnografía teniendo en cuenta lo que plantea Boyle <sup>22</sup>“podemos estar de acuerdo en que cualquier etnografía buena es holística; siempre es contextual; siempre es reflexiva” por ello, asumimos que el enfoque fuera interpretativo con el fin de trabajar desde la perspectiva de la “etnografía interpretativa”, ya que el discurso de Cuidado de los docentes fue descrito e interpretado para posteriormente comprender su significado en la formación del estudiante frente al Acto de Cuidado Humanizado.

Retomamos de Knapp citado por Pereira, las características de la etnografía para orientar nuestro proceso investigativo:<sup>23</sup>

- Permitir un acceso al escenario inicial, exploratorio y abierto al objeto de investigación
- Vincular el investigador como actor del proceso
- Comprender los acontecimientos en términos de significados compartidos en el ámbito social

Según Boyle y teniendo en cuenta el carácter de *reflexividad* que posee la etnografía, el análisis de contenido fue sustentado en dos aspectos: la perspectiva *emic* (la visión desde adentro) o la postura sobre la realidad que el informante tiene, básica para comprender y describir de manera exacta las situaciones y los comportamientos y la perspectiva *etic* que son las abstracciones y los procesos interpretativos del investigador a la luz de la emergencia.

Mediante la hermenéutica definida según Diego Villada como “el método que permite a través de la interpretación de los fenómenos sociales comprender las

---

<sup>22</sup> BOYLE, Joyceen. Op. cit. p. 185.

<sup>23</sup> PEREIRA RAMOS, Arthur. Etnografía e investigación. Ediciones Panamericana. Brasil: 1996.p. 12.



experiencias basadas en vivencias humanas”,<sup>24</sup> nos acercarnos a la realidad sentida por docentes y estudiantes en torno a la relación entre el discurso de Cuidado emitido en el aula de clase y el Acto de Cuidado Humanizado.

La relación investigador–participantes se sustentó en las premisas que afirma González, citada por Pereira: “en una comunicación dialógica, interactiva, intersubjetiva, bidireccional y participativa”<sup>25</sup> que permitió construir paulatina y progresivamente el conocimiento sustantivo del fenómeno estudiado.

### **7.3. CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES**

Por un lado se seleccionaron tres docentes de las asignaturas adulto I, adulto II y anciano, quienes demográficamente presentan las siguientes características:

- ☺ Edad: Entre 26 y 53 años
- ☺ Género: 2 femenino y 1 masculino
- ☺ Tiempo que llevan en la docencia: Entre 2 y 20 años

Por otro lado, se seleccionaron cuatro estudiantes, quienes demográficamente presentan las siguientes características:

- ☺ Edad: Entre 20 y 25 años
- ☺ Género: 3 femenino y 1 masculino
- ☺ Semestres: 1 estudiante de adulto I, 1 de comunitaria y 2 que habían

culminado práctica integral.

L@s participantes sujetos del estudio fueron elegidos de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión:

- ☺ Docentes de la Escuela de Enfermería que laboraran en el I semestre de

---

<sup>24</sup> VILLADA, Diego. En: “La hermenéutica y la investigación participativa como estrategia para el desarrollo educativo y comunitario”. Revista Facultad de Enfermería. Universidad de Caldas.

<sup>25</sup> PEREIRA, Op. cit, p. 34.

2006 y dictaran contenidos temáticos en las asignaturas de la línea de Cuidado. Fueron seleccionados aleatoriamente a través de papeletas.

- ☺ Estudiantes que cursaron su formación académica en el I semestre de 2006. Fueron seleccionados intencionalmente.
- ☺ Estudiantes que cursando las asignaturas clínicas de los últimos semestres, han recogido una formación en el Acto de Cuidado más específica en relación con estudiantes que cursan semestres iniciales.
- ☺ Estudiantes y docentes que conociendo la finalidad de la investigación desearan participar voluntariamente.
- ☺ El número de participantes elegidos estuvo en relación con el tiempo y recursos disponibles de las investigadoras.

#### **7.4. CARACTERÍSTICAS DEL ESPACIO**

Los espacios donde se desarrolló la recolección de información fueron aulas de clase de la Escuela de Enfermería UPTC Tunja en las que se realizaron 3 observaciones de los discursos temáticos que pedagógicamente los docentes desarrollaron; también se utilizaron las oficinas de l@s enfermer@s docentes y otros espacios libres que nos permitieron acercarnos a la realidad conceptual de los estudiantes sujetos del estudio.

*Tiempo utilizado en el trabajo de investigación:* 4 meses de trabajo de campo y codificación abierta y 2 meses más de codificación axial. (Tiempo promedio: Febrero a Julio/06)

#### **7.5. UNIDAD DE ANÁLISIS**

De acuerdo al objeto de la investigación, la unidad de análisis es el discurso de Cuidado emitido por el docente en el aula de clase.

#### **7.6. UNIDAD DE TRABAJO**

Tres docentes y cuatro estudiantes Escuela de Enfermería UPTC Tunja.

#### **7.7. METODOLOGÍA**

### 7.7.1. INSTRUMENTOS

Los instrumentos utilizados en el trabajo de campo para aproximarnos a la realidad de estudiantes y docentes de la Escuela, fueron:

- *Observación Participante:* Con ella pretendimos penetrar en el contexto académico para caracterizar el discurso de Cuidado de los docentes y captar los aspectos que durante el proceso fueron más relevantes en cuanto a su significado en el Acto de Cuidado Humanizado. De este proceso de registro de datos (3 observaciones) se obtuvieron unidades de análisis que aportaron las bases del significado y datos contextuales etnográficos. Es importante aclarar que como las investigadoras hacen parte del contexto académico en que se desarrolla la investigación, el tiempo requerido para el reconocimiento contextual y el contacto con los miembros del grupo indagado, en este caso fue menor de lo que se indica en rigor para estas metodologías.
- *Entrevista Semiestructurada a profundidad:* Nos permitió indagar y entender en términos de triangulación, la conceptualización e interpretación que los sujetos participantes le otorgan al Cuidado Humanizado desde el discurso dentro del proceso enseñanza – aprendizaje.  
Por un lado, las tres entrevistas a docentes fueron realizadas después de la observación y su respectiva codificación abierta, pues su objetivo fue triangular aspectos relevantes de la observación que requerían ser aclarados y comprendidos. Por otro lado, las cuatro entrevistas realizadas a estudiantes buscaron comprender el significado del discurso de Cuidado del docente en la formación del estudiante frente al Acto de Cuidado Humanizado.

Del proceso general de registro emergieron 450 códigos sustantivos, 66 códigos interpretativos, 5 subcategorías y 5 categorías.

Para consignar y registrar la información emergente utilizamos:

- *Diario de Campo*: Su objetivo fue monitorear permanentemente las observaciones realizadas en las aulas de clase. Las anotaciones estuvieron dirigidas a caracterizar el discurso del docente y su relación con el Acto de Cuidado Humanizado. (Ver Anexo V)
- *Los memorandos* como una técnica de registro de datos, nos permitió analizar y construir conceptos periódicamente desde la emergencia encontrada. (Ver Anexo VI)

## **7.7.2. DESCRIPCIÓN Y ORDENAMIENTO CONCEPTUAL**

Este proceso utilizó distintos momentos metodológicos para describir y establecer relaciones conceptuales desde la emergencia, por ello se entrecruzaron observaciones en aula de clase y entrevistas con l@s participantes. El trabajo de campo permitió registrar momentos, palabras y expresiones de los participantes en torno a la situación investigada, los datos emergentes fueron reconstruyéndose de manera permanente y progresiva.

Una vez realizadas observaciones en aulas de clase y entrevistas a estudiantes y docentes, fueron transcritas textualmente para iniciar el proceso de análisis y abstracción de la información de manera segmentada, ya que las emergencias no son homogéneas y en primera instancia requerían ser clasificadas.

Por un lado, las observaciones en aulas de clase permitieron caracterizar el discurso de Cuidado del docente y su relación con el Acto de Cuidado Humanizado. La forma de ordenar y seleccionar la información respondió a la codificación por afinidades y sin olvidar el contexto en el que el discurso fue emitido, para posteriormente encontrar patrones en conjunto.

### **7.7.2.1. CODIFICACIÓN ABIERTA**

Para aproximarnos al lenguaje de los participantes o perspectiva *Emic*,

realizamos en la primer fase la *codificación abierta* que se define como “*el proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren las propiedades y dimensiones de los datos*”<sup>26</sup> que a su vez indica que la información fue segmentada por afinidades para generar códigos sustantivos e interpretativos.

Es importante referir que de manera conjunta a este proceso se elaboraron memorandos o registros escritos de análisis que permitieron confrontar nuestra percepción como investigadoras con los datos emergentes. Así mismo, los memorandos fueron construyéndose en cuanto a claridad y precisión a medida que el proceso investigativo iba progresando.

Con cada observación y nueva entrevista se elaboró un nuevo cuadro de codificación abierta que permitió establecer patrones de comparación que dieron como resultado 66 códigos interpretativos.

### **7. 7. 2. 2. CODIFICACIÓN AXIAL**

Posteriormente a la codificación abierta se realizó *la codificación axial* que fue resultado de un “*proceso de relacionar las categorías a sus subcategorías, denominada “axial” porque la codificación ocurre alrededor del eje de una categoría, y enlaza las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones*”<sup>27</sup>. La codificación axial permitió construir cinco categorías que a su vez están soportadas por las relaciones conceptuales establecidas anteriormente (códigos interpretativos y subcategorías)

Estructurado el cuadro de codificación axial, la revisión progresiva permitió depurar cada categoría y construir de manera más específica cada relación conceptual.

---

<sup>26</sup> Strauss, Anselm y Corbin, Juliet. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia. Primera edición en español, Medellín 2002. p.110.

<sup>27</sup> *Ibíd.*, p. 134.

### **7. 7. 3. DESCRIPCIÓN DE CATEGORÍAS**

La densidad conceptual emergente permitió consolidar conceptos que fueron descritos con base a los códigos sustantivos e interpretativos que sustentaron cada categoría.

Para comprender las relaciones conceptuales sustantivas se elaboraron diagramas que permitieron delinear y esquematizar los conceptos jerárquica y sistemáticamente.

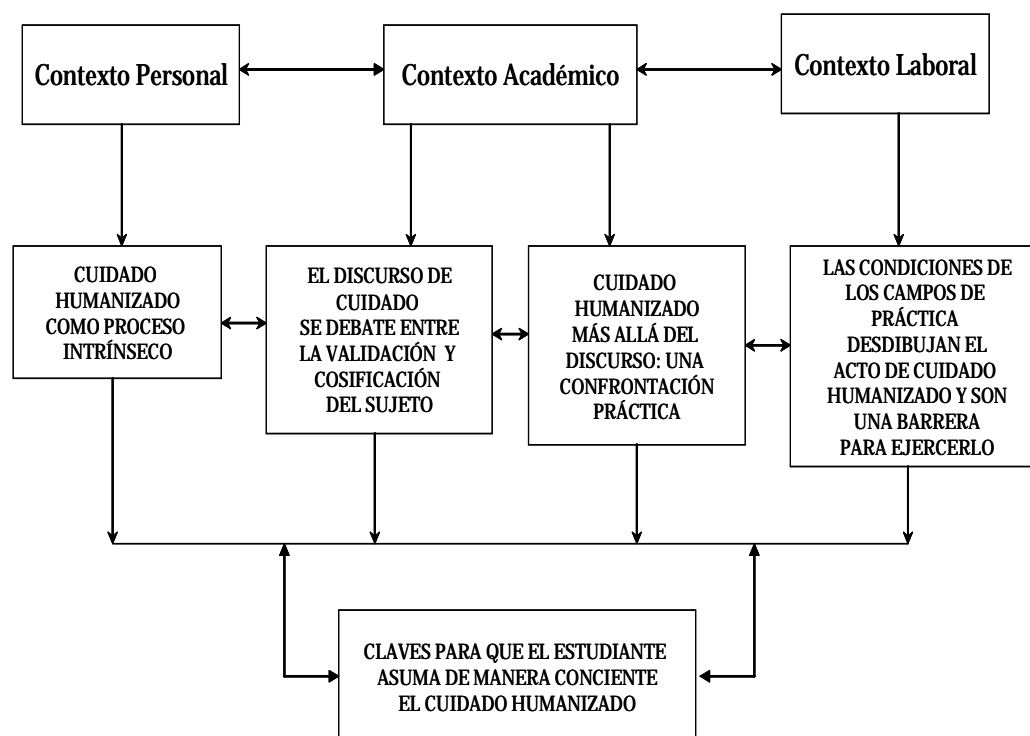
La descripción analítica y el ordenamiento conceptual de categorías se desarrolló con base en los diagramas propuestos para comprender cómo el lenguaje atraviesa la realidad conceptual de estudiantes y docentes en torno al Acto de Cuidado Humanizado.

Durante el proceso de ordenamiento conceptual fueron asignados códigos a cada entrevista u observación realizada que nos permitieron organizar de manera más clara y sistemática los datos sustantivos e interpretativos, para constituir las subcategorías y categorías. (Ver anexo II)

## 8. DESCRIPCIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE CATEGORÍAS

Una vez codificada la información emergente de las observaciones en aulas de clase y las entrevistas a estudiantes y docentes y teniendo en cuenta que la sistematización de datos se realizó de manera permanente y progresiva, emergieron 5 categorías que describen analítica e interpretativamente el *Significado del Acto de Cuidado Humanizado* en los contextos donde se construye y potencializa: contexto personal, contexto académico y contexto laboral.

Como lo ilustra el diagrama las categorías emergentes establecen relaciones de bidireccionalidad y se articulan entre sí.



Las categorías emergentes recogen opiniones, percepciones y actitudes de docentes y estudiantes en torno al significado del discurso de Cuidado en la formación del estudiante frente al Acto de Cuidado Humanizado y fueron

construídas de acuerdo a la densidad conceptual encontrada: Cuidado Humanizado como proceso intrínseco, el discurso de Cuidado se debate entre la validación y cosificación del Sujeto, Cuidado Humanizado más allá del discurso: una confrontación práctica, los campos de práctica desdibujan el Acto de Cuidado Humanizado y son una barrera para ejercerlo y claves para que el estudiante asuma de manera consciente el Cuidado Humanizado.

En primera instancia y desde los datos emergentes encontramos que el cuidador desde sus espacios personales construye el Cuidado Humanizado al transpolar el yo personal al yo profesional y al hacerlo vivencial en su cotidianidad: **CUIDADO HUMANIZADO COMO PROCESO INTRÍNSECO.**

Para los estudiantes el Cuidado Humanizado cobra un carácter empírico expresado desde la experiencia sensorial del cuidador donde el contacto, las miradas, el acompañamiento y las palabras afectuosas son las máximas expresiones del Cuidado Humanizado.

Desde la emergencia, en el contexto académico se enriquece o desvanece la construcción personal del estudiante frente al Acto de Cuidado Humanizado, por ello encontramos **EL DISCURSO DE CUIDADO SE DEBATE ENTRE LA VALIDACIÓN Y COSIFICACIÓN DEL SUJETO.** Por un lado cuando el discurso de Cuidado reconoce al sujeto sobrepasando el acto técnico y la instrumentalización, se convierte en un modelo de Cuidado para el estudiante y por otro, cuando el discurso está fundamentado en el proceso fisiopatológico, es eminentemente instrumental y se construye en torno al sistema de Salud, pierde validez al alejarse del sujeto de Cuidado.

Teniendo en cuenta que los actores del proceso académico consideran que el discurso desarticulado de la acción no trasciende ni logra formar al estudiante frente al Acto de Cuidado Humanizado, emerge **CUIDADO HUMANIZADO MÁS ALLÁ DEL DISCURSO: UNA CONFRONTACIÓN PRÁCTICA.** Esta categoría deja entrever que el contacto con la realidad clínica y el sujeto de Cuidado, la interrelación docente – estudiante y el Acto de Cuidado del docente enmarcado en sus acciones, expresiones y actitud con el estudiante y



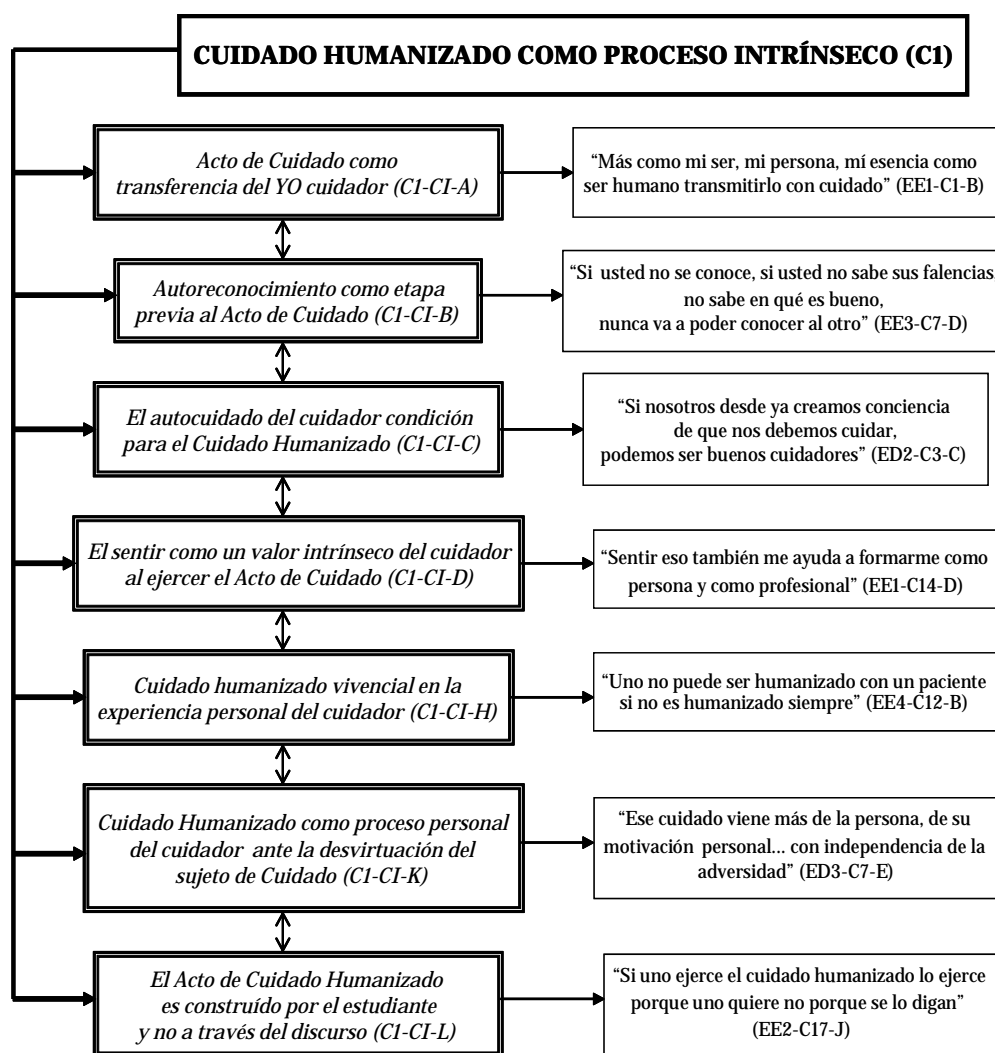
el sujeto de Cuidado, promueve la formación del estudiante frente al Acto de Cuidado Humanizado.

Así mismo, estudiantes y docentes reconocen el impacto de las condiciones de adversidad en el quehacer profesional, por ende emerge **LAS CONDICIONES DE LOS CAMPOS DE PRÁCTICA DESDIBUJAN EL ACTO DE CUIDADO HUMANIZADO Y SON UNA BARRERA PARA EJERCERLO**. Desde la emergencia encontramos que además de desdibujar el quehacer de Enfermería, las condiciones desarticulan los procesos formativos del cuidador y como tal, lo transforman en un objeto productivo que debe olvidarse de los principios formativos que sustentan el ejercicio profesional para adherirse al sistema.

Finalmente y a la luz de la emergencia, las experiencias de vida y académica fortalecen la formación del estudiante frente al Cuidado Humanizado, para que lo asuma de manera consciente: **CLAVES PARA QUE EL ESTUDIANTE ASUMA DE MANERA CONSCIENTE EL CUIDADO HUMANIZADO**. Esta categoría logra condensar elementos de las relaciones conceptuales descritas anteriormente: autoreconocimiento del cuidador, interrelación comprensiva docente-estudiante, Cuidado Humanizado como proceso intrínseco y discurso y Acto de Cuidado centrados en el sujeto.

## 8.1. CUIDADO HUMANIZADO COMO PROCESO INTRÍNSECO

La categoría a continuación descrita es una abstracción que recrea de manera reflexiva cómo el cuidador desde sus espacios personales construye, enriquece y potencializa el Cuidado Humanizado. Será caracterizada desde el muestro categorial y representa el análisis e interpretación de las relaciones conceptuales emergentes. La multiplicidad conceptual encontrada será ilustrada en el siguiente diagrama:



\* Código interpretativo (frase en cursiva) ejemplificado mediante un código sustantivo (frase en comillas)

Para abordar de manera más precisa los elementos conceptuales que sustentan la categoría, a continuación y sistemáticamente serán descritos los

códigos sustantivos e interpretativos que la argumentan.

Al conceptualizar **CUIDADO HUMANIZADO COMO PROCESO INTRÍNSECO**, nos referimos al Cuidado como un valor propio de la naturaleza humana donde el cuidador construye el Acto de Cuidado Humanizado al hacer transferencia de sus emociones, valores y cultura; al potencializarlo desde la vocación y el reconocimiento de sí mismo antes que como profesional y al hacerlo vivencial en sus experiencias personales.

Desde ésta perspectiva y teniendo en cuenta que el cuidador es una unidad holística e integral, las dimensiones que lo constituyen son transferidas desde lo personal al ejercicio profesional. Por un lado y cuando los estudiantes opinan sobre la esencia de Enfermería, consideran que el Cuidado Humanizado nace del cuidador *al hacer transferencia de su yo*<sup>28</sup> en la relación interpersonal con el sujeto “es como transportar todo lo bueno como persona que yo tengo más que mis conocimientos”... “más como mi ser, mi persona, mi esencia como ser humano transmitirlo con cuidado”... “transportar esa personita que somos nosotros pasarla a nuestra vida profesional”<sup>29</sup>

Al transferir el yo personal al yo profesional, el cuidador logra transpolar sus emociones, sentimientos y valores al Acto de Cuidado; esto quiere decir que el contacto con el sujeto y con la realidad de Cuidado logran atravesar el área emocional del cuidador.

Al indagar la conceptualización que los estudiantes han construido sobre la forma cómo entienden, viven y expresan el Cuidado Humanizado, refieren que *el sentir como un valor intrínseco*<sup>30</sup> se convierte en una herramienta que enriquece el Acto de Cuidado Humanizado al permitir un mayor acercamiento al sujeto: “no debe meterse tanto en ese cuento, pero sí debe tratar de sentir con esa persona”...“sentir eso también me ayuda a formarme como persona y

---

<sup>28</sup> Código interpretativo C1-CI-A argumentado en los códigos sustantivos EE1-C1-A, B; EE1-C23-B

<sup>29</sup> Códigos sustantivos EE1-C1-A, B; EE1-C1-C23-B (C1-CI-A)

<sup>30</sup> Código interpretativo C1-CI-D argumentado en los códigos sustantivos EE1-C5-D; EE1-C14-A, B, C, D; EE1-C15-D, E

como profesional”<sup>31</sup>

Es así, que cuando el cuidador logra vincular al Acto de Cuidado su área emocional, es capaz de dejarse tocar por la realidad del otro y transportar sus sentimientos y formación personal al ejercicio real del Cuidado. Este concepto es reiterado por los estudiantes quienes expresan que el discurso visualiza *el sentir como una expresión de Cuidado Humanizado*<sup>32</sup> que los motiva a cuidar de una manera más humana y que le permite al cuidador enriquecerse al poder articularlo a su ser, saber y quehacer profesional.

La acción conjunta y sinérgica del yo personal y profesional no sólo involucra el área emocional del cuidador de manera aislada, sino que por el contrario articula al Acto de Cuidado sus dimensiones psicológica y social.

Al retomar la dimensión psicológica del cuidador, podemos decir que el *autoreconocimiento, el autocuidado*, la vocación profesional y la motivación personal son elementos que al igual que el sentir, fortalecen y potencializan el Ser Humano del Cuidador y de manera directa el Acto de Cuidado Humanizado.

Por un lado, *el autoreconocimiento como etapa previa al acto de Cuidado*,<sup>33</sup> robustece el carácter humano del cuidador y de manera directa el Cuidado Humanizado “primero debo mirarme a mí mismo, cómo me valoro, mi autoimagen porque eso es una falla de Enfermería: no interpretar primero la situación de uno para interpretar la situación del otro, porque si no nos miramos a sí mismos, no logramos valorar al otro”<sup>34</sup>. Esta premisa emitida por el docente en su discurso de Cuidado permite reafirmar que cuando el cuidador se conoce así mismo es capaz de reconocer al sujeto en su contexto y como consecuencia, logra redimensionar el Acto de Cuidado desde lo que es *importante, necesario y útil para el sujeto*.

---

<sup>31</sup> Códigos sustantivos EE1-C14-C, D (C1-CI-D)

<sup>32</sup> Código interpretativo C1-CI-E argumentado en los códigos sustantivos EE3-C4-A, B, C; EE3-C17-H

<sup>33</sup> Código interpretativo C1-CI-B argumentado en los códigos sustantivos OA3-H4; OA2-H40, EE3-C7-D

<sup>34</sup> Código sustantivo OA3-H4 (C1-CI-B)

Por otro lado, el autocuidado como primera experiencia de Cuidado trasciende de los espacios personales a lo profesional y logra que el cuidador refleje su bienestar al ofrecer una atención humanizada. Este concepto es reafirmado por los docentes cuando en la sesión de clase se dan espacios para reflexionar sobre la integralidad del estudiante a nivel personal y al expresar frente a la connotación de reconocer al estudiante como persona en el proceso académico “nadie puede dar lo que no tiene”... “se debe mirar primero el cuidado que debe tener ese profesional de Enfermería, porque si no tiene una salud física, mental y social adecuada, no puede brindar ese cuidado a los demás”<sup>35</sup>

La vocación profesional como otro elemento potencializador de Cuidado implica amor, entrega y compromiso y está mediada por la motivación personal. Al referir desde la relación conceptual emergente que aunque las condiciones laborales actuales desvirtúan al sujeto el Cuidado Humanizado es un proceso personal del cuidador, estamos reiterando que como proceso intrínseco, el Acto de Cuidado se fortalece en la pasión y entrega por ejercerlo; según lo expresan los docentes “el cuidado viene más de la persona, de su motivación personal, de la pasión por lo que hace, que realmente se sienta bien con independencia de la adversidad”<sup>36</sup>

Por otra parte y teniendo en cuenta que el Acto de Cuidado no puede desarticularse del sujeto que lo brinda, los actores del proceso académico consideran que la forma de hacerlo vivencial es transpolarlo a la realidad cotidiana del cuidador, en sus espacios personales y familiares, en el contacto con la realidad académica y de manera específica en el autocuidado al reiterar “trato de vivenciar ese cuidado en mi vida personal, cuidándome a mí misma de la mejor manera que pueda”... “uno siempre trata de vivenciarlo primero en uno para luego poder brindar buenas cosas a la persona que lo necesita”<sup>37</sup>. Es así, que del análisis e interpretación de los códigos referidos emerge *el Cuidado*

---

<sup>35</sup> Códigos sustantivos ED2-C3-A, B (C1-CI-C)

<sup>36</sup> Códigos Sustantivo ED3-C7-E (C1-CI-K)

<sup>37</sup> Códigos sustantivos EE1-C14-B, G (C1-CI-H)

### *Humanizado se hace vivencial en la experiencia personal del cuidador*<sup>38</sup>

Lo descrito anteriormente nos permite reflexionar sobre la relación entre el sentido y finalidad del discurso del docente con la formación frente al Acto de Cuidado Humanizado desde la experiencia personal del cuidador. Frente a ésta postura los estudiantes expresan “sigo casado con la idea que es un proceso de toda la vida porque si se aprendiera en la universidad sería fácil y de hecho uno ve que la mayoría de nuestros compañeros egresados no lo cumplen”<sup>39</sup>; esta expresión deja entrever que el discurso por sí sólo no alcanza la aprehensión del conocimiento y que como tal, la construcción de Cuidado Humanizado se queda en “un nivel empírico que aunque es la base de la ciencia”<sup>40</sup> no trasciende ni se valida en el proceso de formación, al no tener un sustento científico que respalde y direcciona el ejercicio profesional.

De igual forma, para los actores del proceso académico el Cuidado Humanizado es expresado en la experiencia sensorial del cuidador donde el contacto, las miradas, el acompañamiento y las palabras afectuosas son las máximas expresiones del Cuidado Humanizado “no puedo demorarme una hora hablando con un paciente, pero tengo cinco minutos cuando doy medicamentos para decirle: oiga y ¿cómo amaneció?, ¿sí vino su familia ayer?, ¿sí le tomaron el examen?... “nosotros les comentamos [a los estudiantes] estas experiencias para que bueno, les quede la inquietud de decir: mire, no me puedo quedar como un ente estático, sino que tengo que establecer un contacto; entonces yo pienso que ese es un momento de Cuidado Humanizado altísimo”<sup>41</sup>

Es así, que el Cuidado Humanizado se queda en un nivel primario del conocimiento al cobrar un carácter empírico que no deja de ser importante, pero que no constituye el sustento del quehacer profesional.

---

<sup>38</sup> Código interpretativo C1-CI-H argumentado en los códigos sustantivos EE1-C14-E, F, G; EE4-C12-B, C, E; EE4-C13-A, B, C; EE4-C14-A; EE4-C17-A, B, C, D, E, F, G; ED1-C1-A; ED1-C8-F, H, J, K, L; ED1-C14, E, F, G; ED1-C23-A

<sup>39</sup> Código sustantivo EE4-C17-B (C1-CI-H)

<sup>40</sup> MARRINER, Ann. Modelos y teorías de Enfermería. Ediciones rol SA. Barcelona: 1989. p. 12

<sup>41</sup> Códigos sustantivos EE2-C15-A; ED1-C8-L (C1-CI-J)

Cuando el Cuidado se contrasta con la realidad permite una construcción y un enriquecimiento constante tanto del cuidador como del Acto de Cuidado. De esta forma las relaciones interpersonales, las experiencias que se van recogiendo diariamente y el contacto con la realidad de Cuidado, son elementos que le permiten al cuidador consolidar un Acto de Cuidado Humanizado “pienso que el Cuidado se va recogiendo a diario y de todas las personas con las que uno comparte”... “es un proceso de toda la vida”<sup>42</sup>

Los estudiantes afirman que el cuidador como ser social logra consolidar el Acto de Cuidado en la cultura y que este a su vez es su potencialidad “el Acto de Cuidado no es de la escuela de Enfermería como tal sino es una cosa que se ha venido generando en mí durante mucho tiempo”... “cuidar es algo que como que nace y tú lo desarrollas”.<sup>43</sup> Las afirmaciones descritas anteriormente configuran el Acto de Cuidado con una mirada social al considerarlo *como una expresión empírica de la experiencia humana*<sup>44</sup> que emerge de la conceptualización personal que los estudiantes otorgan al Acto de Cuidado Humanizado. Así mismo, cuando expresan “el Cuidado es una vaina que se va generando culturalmente frente a esa visión que uno tiene de la mamá”<sup>45</sup>, deja entrever que el Cuidado está ligado a la figura materna como referente de protección y capacidad de servicio y que esta se convierte en un modelo que orienta el Acto de Cuidado.

Lo mencionado anteriormente nos permite comprender que aunque el Acto de Cuidado Humanizado es una construcción personal, la cultura y la interacción con el sujeto, con la familia y con el entorno enriquecen el Acto de Cuidado al permitirle al cuidador vivenciarlo en su cotidianidad. Consideramos que la construcción de Cuidado Humanizado aunque nace en el cuidador y en sus experiencias de vida, debe consolidarse en los espacios académicos y en la base científica, ya que estos la convierten en una disciplina que valida el conocimiento al trascender la acción empírica.

---

<sup>42</sup> Códigos sustantivos EE4-C13-B; EE4-C17-B (C1-CI-H)

<sup>43</sup> Códigos sustantivos EE3-C7-E; EE3-C3-C (C1-CI-G)

<sup>44</sup> Código interpretativo C1-CI-G argumentado en los códigos sustantivos EE3-C3-A, B, C, D; EE3-C6-B; EE3-C7-A, B, C, D

<sup>45</sup> Código Sustantivo EE3-C7-B (C1-CI-G)

Por otro lado y al contrastar el papel de la academia en la resignificación del Acto de Cuidado, podemos retomar el discurso como un dispositivo generador de sentidos y significados. Según lo referido por los estudiantes el discurso pasa a segundo plano, ya que el Acto de Cuidado se sustenta en el ser humano del cuidador “para brindar Cuidado Humanizado yo no creo que haya cátedra, yo no creo que hayan discursos... el Cuidado Humanizado lo lleva uno por dentro”... “yo puedo matarme 10 horas hablándoles de la forma en que deben cuidar, que vean al otro como persona... pero si ellas como personas no son así [las docentes], no lo van a ser nunca”<sup>46</sup>

Esto quiere decir que la importancia y finalidad del discurso frente al Acto de Cuidado Humanizado se desvanece, cuando para el estudiante es más significativa su construcción personal de Cuidado y no la transmitida en la academia.

Así mismo, los estudiantes consideran que el docente es el encargado de sensibilizarlos frente al Cuidado Humanizado en el proceso pedagógico “la humanización del Cuidado se la da uno mismo, en la medida que ellos [los docentes] vayan sensibilizando al estudiante frente a todas esas cosas”<sup>47</sup>. Es así, que cuando el docente parte de sus experiencias personales para transmitir el Acto de Cuidado, cuando permite que el estudiante establezca un contacto más profundo con el sujeto y su familia, cuando reconoce al estudiante como persona y establece una interrelación comprensiva con él y cuando se entrega al Cuidado con amor y compromiso; logra moldear y fortalecer el Acto de Cuidado Humanizado del estudiante.

Lo mencionado anteriormente nos permite reflexionar que las prácticas discursivas no orientan el Acto de Cuidado, sino que el mismo se sustenta en la sensibilidad del docente, en su actitud con el estudiante y el paciente y en su afectividad. En efecto, el concepto de Cuidado Humanizado no trasciende en el proceso de formación y por tanto, el valor del Cuidado Humanizado se reduce a

---

<sup>46</sup> Códigos sustantivos EE2-C11-E, M, N (C1-CI-L)

<sup>47</sup> Código sustantivo EE2-C17-E (C1-CI-L)



una concepción empírica que sustentada en lo humanitario, supera los conocimientos científicos emitidos en el aula de clase.

Por otro lado y al considerar que **LAS CONDICIONES DE LOS CAMPOS DE PRÁCTICA DESDIBUJAN EL ACTO DE CUIDADO HUMANIZADO Y SON UNA BARRERA PARA EJERCERLO**,<sup>48</sup> es necesario explicitar cómo la crisis y el ejercicio profesional son redireccionados desde los espacios personales del cuidador.

En primera instancia, la abstracción analítica de los datos emergentes nos permitió comprender que *el cuidado humanizado es un proceso personal del cuidador ante la desvirtuación del sujeto de Cuidado*<sup>49</sup> y que como tal, la productividad exigida por las instituciones de Salud no condiciona el quehacer profesional. Al respecto, estudiantes y docentes afirman: “las condiciones de trabajo no son las mejores, pero si uno está pendiente que Enfermería es brindar Cuidado integral y aparte de todo humanizado, uno puede”... “pienso que a pesar del poco tiempo que pueda tener una enfermera (o) para ejercer el Cuidado en cualquiera que sea el servicio, puede ser humanizada si es conciente de la verdadera función del Cuidado de Enfermería”<sup>50</sup>

Al referirnos a la desvirtuación del sujeto como consecuencia de las políticas de las instituciones de Salud y el sistema, hablamos de la transformación del sujeto en objeto y de las acciones instrumentales y administrativas que deforman el significado del Cuidado de Enfermería, al conducir al profesional a medir su calidad en términos de productividad y coberturas. Frente a ésta situación, los estudiantes consideran que el Cuidado Humanizado puede ser ejercido con independencia de las condiciones si el cuidador lo desea y si reconoce e introyecta la importancia y finalidad del quehacer de Enfermería.

Así mismo y según lo refieren los estudiantes, ese proceso personal es capaz de cristalizar un Acto de Cuidado Humanizado cuando el cuidador logra

---

<sup>48</sup> Categoría 4

<sup>49</sup> Código interpretativo C1-CI-K argumentado en los códigos sustantivos EE2-C12-A; EE2-C14-A, B, C, D, E, F, G, H; EE2-C15-C, D, E; ED3-C7-A, B, E

<sup>50</sup> Códigos sustantivos EE2-C15-C, E (C1-CI-K)

transpolarlo a sus experiencias de vida “uno no puede ser humanizado con un paciente si no es humanizado siempre, si yo no trato a mis compañeros o si en mi familia no trato a la gente humanamente”... “a uno le nace más de que a uno le enseñen: mire es así, se hace asá, es de lo mismo que uno es, como ha convivido con la gente, como a uno lo tratan, es la esencia de uno”<sup>51</sup>. En efecto, las prácticas discursivas se quedan en la sonoridad y armonía de la palabra y no trascienden, ya que la fuerza transformadora está dada por los valores y experiencias del estudiante.

Las relaciones conceptuales que fueron descritas durante el texto y argumentan la categoría nos permiten comprender que aunque el Cuidado Humanizado se consolida como un proceso eminentemente personal del cuidador, se enriquece en la interacción con su entorno social y en el encuentro directo con el Cuidado. Consideramos que **EL CUIDADO HUMANIZADO COMO PROCESO INTRÍNSECO** requiere la articulación de las experiencias académicas del cuidador y que la acción conjunta de estos elementos configura una forma de contrarrestar las condiciones de adversidad.

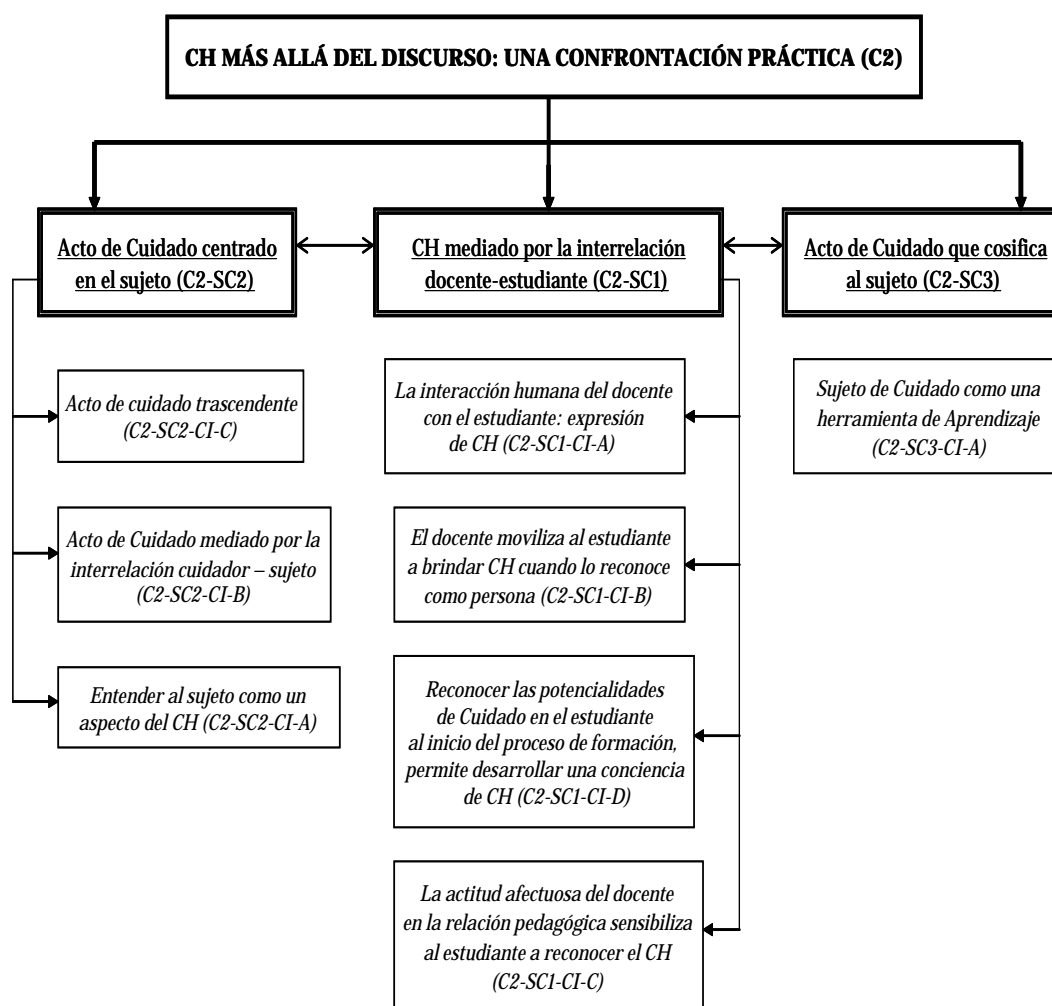
“El Cuidado Humanizado lo lleva uno por dentro... es un proceso de adentro para afuera, es un proceso personal” (EE2-C11-D-H)

---

<sup>51</sup> Códigos Sustantivos EE4-C12-B; EE4-C13-A (C1-CI-H)

## 8.2. CUIDADO HUMANIZADO MÁS ALLÁ DEL DISCURSO: UNA CONFRONTACIÓN PRÁCTICA

Esta categoría configura la trascendencia y validez de la praxis frente al Acto de Cuidado Humanizado desde la experiencia académica de estudiantes y docentes. Las relaciones conceptuales responden al análisis e interpretación de la información emergente y están representadas en el siguiente diagrama:



\* Subcategoría (frase subrayada) ejemplificada por los códigos interpretativos que la sustentan (frases en cursiva)

A continuación y de manera específica serán descritos los elementos conceptuales que enriquecen y sustentan la categoría.

Al definir la categoría como **CUIDADO HUMANIZADO MÁS ALLÁ DEL DISCURSO: UNA CONFRONTACIÓN PRÁCTICA**, nos referimos a los aspectos que dentro del proceso de formación y de manera específica en la confrontación clínica con el ejercicio del Cuidado promueven el reconocimiento y sensibilización de estudiantes y docentes alrededor del Cuidado Humanizado.

Para caracterizar la categoría, inicialmente abordaremos descriptiva y analíticamente las relaciones conceptuales que de manera global la argumentan, para posteriormente desarrollar las subcategorías que la estructuran.

La relación entre discurso y acción ha sido tradicionalmente interrogada desde la preocupación por definir y articular dos aspectos de la praxis que se han señalado como instancias diferentes: discurso y acción.

Aunque actualmente “el discurso es reconocido como una acción social”<sup>52</sup>, no logra trascender a su verdadera finalidad dentro del proceso académico, ya que desde la emergencia logramos comprender que cuando las prácticas discursivas se quedan en la retórica, la repetición y la monotonía, no son significativas para el estudiante ni lo sensibilizan a brindar Cuidado Humanizado. Esta afirmación nos permite reflexionar alrededor del discurso de cuidado, cuestionando su acción real dentro del proceso de aprendizaje .

Para abordar la relación entre discurso y acción y teniendo en cuenta que el primer contacto del estudiante con la realidad clínica – comunitaria está dado en el proceso de formación, emerge que *la acción del docente es más significativa que su discurso y sensibiliza al estudiante a brindar Cuidado Humanizado*<sup>53</sup>. Frente a esta afirmación y cuando los estudiantes reflexionan alrededor de las expresiones y actitudes de los docentes frente al Acto de Cuidado refieren “uno la veía [a la docente] con el niño alzado, como

---

<sup>52</sup> MENGO, Isabel. El discurso como interacción social. En: Aproximaciones multidisciplinares. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina: 2000. Pág. 2.

<sup>53</sup> Código interpretativo C2-CI-A argumentado en los códigos sustantivos EE1-C15-A, C, D; EE2-C5-A, C, D; EE2-C17-G; EE3-C4-I; EE3-C5-A, B, C, G, I, J

“quichiqueaba”, como cogía, como daba el tetero, como le importaba o qué había pasado con esa mamá después de que había tenido su bebé”... “era un sujeto activo que merecía respeto y frente a eso ella era muy reiterativa en su acto poco en su palabra”<sup>54</sup>

Esta concepción dicotómica de la pedagogía transforma el discurso en un instrumento pasivo carente de importancia y valor, al convertirlo en un ente aislado de la acción. Por tanto, el ejercicio de Cuidado del docente es visualizado por los estudiantes como la máxima expresión de Cuidado Humanizado que a su vez se convierte en la manera de vivenciarlo desde la realidad académica.

Por otro lado, *cuando el discurso del docente es coherente con su acción tiene validez frente al estudiante*<sup>55</sup>, esto nos conduce a transitar una visión más activa del lenguaje en los espacios académicos para determinar de manera real su funcionalidad. El lenguaje como parte del discurso se transforma en un medio de comunicación que permite redimensionar sentidos y significados para consolidar unidades de conocimiento que más adelante puedan ser traspoladas a los espacios personales y profesionales del cuidado.

Desde esta perspectiva y al explorar con los estudiantes aspectos que comparten con los docentes en torno al discurso y la práctica sobre Cuidado Humanizado refieren “yo veo que las profesoras en especial las que nos acompañan en práctica son las que menos echan el discurso y se refleja más en sus interés, más en el querer que en el deber y con la pasión que hacen las cosas y hablo de las que están en clínica”<sup>56</sup>. Es así, que “la fuerza transformadora de la palabra es la acción”<sup>57</sup> y por tanto, praxis y lexis deben construirse como dos entidades capaces de redimensionar sentidos y significados frente al Acto de Cuidado Humanizado.

Al igual que el discurso y la acción, el contacto con la realidad de cuidado

---

<sup>54</sup> Códigos sustantivos EE3-C5-B, I (C2-CI-A)

<sup>55</sup> Código interpretativo C2-CI-B argumentado en los códigos sustantivos EE4-C8-A, B, C

<sup>56</sup> Códigos sustantivos EE4-C8-A (C2-CI-B)

<sup>57</sup> FREIRE, Paulo. La pedagogía del Oprimido. Montevideo, Uruguay. p. 73

permite que el estudiante haga vivencial el conocimiento aprendido en la academia para transferirlo a la cotidianidad clínica. Frente a este concepto los docentes opinan “no solamente es mostrarles cosas o echarles carreta porque aunque la carreta sirve no lo es todo, vale más la imagen que ven del paciente en determinadas circunstancias y ese contacto, impacta más que cualquier discurso que yo haga”... “hacerlos concientes [a los estudiantes] a través de esas experiencias, de esas acciones o de esos ejemplos, no solamente de las acciones directas con el paciente sino con su familia, con la sociedad”<sup>58</sup>, lo que nos permite ver que la imagen, el contacto y las experiencias de Cuidado en los ámbitos personal y profesional logran sensibilizar al estudiante a reconocer e interiorizar el Cuidado Humanizado. Es así, que *la confrontación práctica del estudiante con la realidad clínica le permite asumir de manera conciente el Acto de Cuidado Humanizado*<sup>59</sup>

Para demostrar el peso de la conceptualización emergente, a continuación describiremos de manera sistemática las subcategorías que sustentan la categoría central.

### **8.2.1. Acto de Cuidado Humanizado mediado por la interrelación docente-estudiante** <sup>60</sup>

Los sujetos que hablan y actúan en el mundo universitario consideran que los procesos interactivos del aula deben conducir a una transformación social que permita redireccionar el discurso para determinarlo como una acción y no sólo como un medio. Desde ésta perspectiva, *la interacción docente – estudiante* como parte del acto pedagógico, se convierte en un elemento que al igual que la confrontación práctica enriquece la construcción de sentidos y significados, ya que es capaz de redimensionar un discurso que pierde validez en la retórica para transformarlo en un proceso de interacción dialógico y recíproco.

---

<sup>58</sup> Códigos sustantivos ED1-C9-C, G (C2-CI-C)

<sup>59</sup> Código Interpretativo C2-CI-D argumentado en los códigos sustantivos ED1-C9-C, E, G, I

<sup>60</sup> Subcategoría C2-SC1 sustentada en los códigos interpretativos C2-SC1-CI-A, B, C, D

Este proceso de interacción permite construir y potencializar el Acto de Cuidado Humanizado, pues cuando *el docente reconoce al estudiante como persona*<sup>61</sup> y se convierte en su cuidador, el estudiante es capaz de reflejarlo en sus acciones “pienso que el discurso y todas esas teorías son importantes, pero es más importante que se interesen por uno para poder interesarnos por los otros, lo más importante es que se ejerza un Cuidado con nosotros los estudiantes para que después nosotros nos acordemos de eso cuando vayamos a ejercerlo con otras personas”<sup>62</sup>

Este concepto es aseverado por los docentes cuando reflexionan alrededor de las claves para que el estudiante logre asumir de manera conciente el Acto de Cuidado Humanizado; refieren “un acercamiento con los estudiantes es fundamental en el proceso enseñanza – aprendizaje, ya que el Cuidado que el docente ejerce con los estudiantes es de manera indirecta el Cuidado que el estudiante va a ejercer con el sujeto” o también “hay espacios para que hablemos no sólo de las cosas académicas sino de las cosas de los estudiantes, de las cosas que los afectan como personas y como profesionales y las cosas que a nivel personal ellos manifiestan”<sup>63</sup>. Es así que desde los espacios académicos *la interacción humana del docente con el estudiante es descrita como una expresión de Cuidado Humanizado*<sup>64</sup>

Así mismo dentro del proceso de interrelación docente – estudiante, *la actitud afectuosa del docente en la relación pedagógica sensibiliza al estudiante a reconocer el Cuidado Humanizado*<sup>65</sup> al expresar “conocí que esos que me estaban enseñando y que me hablaban de ser humanizados, eso eran; personas que de verdad sentían y sufrían con el otro y uno veía de verdad ese interés... más que de pronto palabras, clases o discursos de algunos profesores, me impactó más la actitud que los profesores tuvieron conmigo”<sup>66</sup>.

---

<sup>61</sup> Código interpretativo C2-SC1-CI-B argumentado en los códigos sustantivos EE2-C5-E, F, G, I, J; EE2-C6-A, C, D; EE2-C8-C; EE2-C10-A, B, C; EE2-C17-C, D

<sup>62</sup> Código sustantivo EE3-C17-D (C2-SC1-CI-B)

<sup>63</sup> Códigos sustantivos ED3-C9-E; ED1-C8-C (C2-SC1-CI-A)

<sup>64</sup> Código interpretativo C2-SC11-CI-E argumentado en los códigos sustantivos ED1-C8-B, C, D, E; ED3-C9-E

<sup>65</sup> Código interpretativo C2-SC1-CI-A argumentado en los códigos sustantivos EE4-C15-A, B, C

<sup>66</sup> Códigos sustantivos EE4-D15-B, C (C2-SC1-CI-C)

La síntesis conceptual mencionada anteriormente, deja entrever que el afecto es visualizado por el estudiante como una forma de validar su conceptualización de Cuidado Humanizado, ya que cuando expresa “sentir y sufrir con el otro”, vincula al Acto de Cuidado sus dimensiones personal y emocional.

### **8.2.2. Acto de Cuidado centrado en el Sujeto y Acto de Cuidado que lo cosifica**

Para los actores del proceso académico, la acción de Cuidado Humanizado no se queda en el acto práctico sino que involucra tanto expresiones, actitudes y experiencias como el contacto directo con el Cuidado; esto quiere decir que la acción es la manera de acercarse a la realidad para hacer vivencial el discurso y la forma en la que el estudiante logra trascenderlo para darle validez.

Desde esta perspectiva y al retomar la realidad del Acto de Cuidado desde el discurso de Cuidado, encontramos que este se debate entre dos características: un Acto de Cuidado que se centra en el sujeto y otro que lo cosifica.

Cuando mencionamos un Acto de Cuidado centrado en el sujeto<sup>67</sup> nos referimos a un *Acto de Cuidado trascendente*,<sup>68</sup> donde el reconocimiento del sujeto como ser humano en un contexto potencializa las acciones de Cuidado y logra sobrepasar el acto técnico y el contacto. Es así, que “escuchar al sujeto, conocerlo, entenderlo e interactuar con él”<sup>69</sup> son características que le otorgan al Acto de Cuidado un carácter humano y por ende, trascendente.

Por un lado cuando el *Acto de Cuidado* está *mediado por la interrelación*

---

<sup>67</sup> Subcategoría C2-SC2 sustentada en los códigos interpretativos C2-SC2-CI-A, B, C

<sup>68</sup> Código interpretativo C2-SC2-CI-A argumentado en los códigos sustantivos EE3-C11-B; EE3-C12-C; EE3-C13-A, B, C

<sup>69</sup> Fragmentos de los códigos sustantivos EE3-C11-B; EE3-C13-A, B (C2-SC2-CI-C)



*dialógica cuidador-sujeto*,<sup>70</sup> supera la instrumentalización para convertirse en un proceso de interacción recíproco que potencializa el Acto de Cuidado Humanizado, al permitirle al cuidador conocer al sujeto y valorar sus necesidades y en ellas, crear y direccionar el quehacer profesional. Así mismo y cuando los estudiantes refieren “la persona también puede darme cosas a mí”<sup>71</sup>, reconocen que la interrelación establecida en el Acto de Cuidado construye y enriquece tanto al cuidador como al sujeto.

Frente a ésta postura, Joyce Travelbee desde su modelo de relación humano a humano, define la interacción enfermera-paciente como “una experiencia que busca conocer las necesidades del individuo”<sup>72</sup> y como tal, valida la importancia de establecer dentro del Acto de Cuidado un vínculo que sobrepase el contacto.

Por otro lado cuando los estudiantes son interrogados sobre la conceptualización que han construido en torno a la humanización, expresan que *entender*, comprender y valorar al sujeto se convierten en una herramienta para brindar Cuidado Humanizado, ya que permiten validar la importancia del sujeto al convertirlo en el actor central del proceso “uno tiene que tratar de entender todos sus aspectos, sus culturas y sus tradiciones y agarrarse de eso, tomar herramientas de ahí para poder brindar ese Cuidado”<sup>73</sup>. De ahí que cuando el cuidador entiende al sujeto se acerca a su realidad para orientar el Acto de Cuidado.

Creemos que cuando el Acto de Cuidado esta centrado en el sujeto supera la técnica y logra consolidar un Cuidado Humanizado que es significativo para el estudiante cuando lo hace parte de su cotidianidad, además, se convierte en su modelo de cuidado al ser ejercido por el docente y al ser coherente con su discurso.

---

<sup>70</sup> Código interpretativo C2-SC2-CI-B argumentado en los códigos sustantivos EE2-C2-C; EE2-C3-A, B; EE2-C6-I

<sup>71</sup> Código sustantivo EE2-C3-B (C2-SC2-CI-B)

<sup>72</sup> TRAVELBEE, Joyce. Retomada por Ann Marriner. En: Modelos y teorías en Enfermería. España: 1989. p. 173

<sup>73</sup> Código sustantivo EE1-C20-C (C2-SC2-CI-B)

El Acto de cuidado que cosifica<sup>74</sup> es aquel que elimina la esencia humana del ser, convirtiéndolo en un objeto cuantificable por la necesidad académica de aprender técnicas que aunque son parte del quehacer de Enfermería, no son la esencia de la profesión. Cuando los estudiantes recuerdan anécdotas que dentro de la experiencia clínica no favorecen el Acto de Cuidado Humanizado expresan “el procedimiento se tenía que hacer porque nosotros teníamos que aprender y porque era necesario para el paciente también”<sup>75</sup> por ello en ocasiones *el sujeto de Cuidado se convierte en una herramienta de aprendizaje*<sup>76</sup>.

Esta clase de acciones son rechazadas por los estudiantes, ya que consideran que el sujeto es una persona integral con poder de decisión y no un instrumento de aprendizaje “no lo comparto, [conversión del sujeto en objeto] porque aparte que son las personas con las que estamos aprendiendo son personitas”<sup>77</sup>.

A la luz de la conceptualización emergente, podemos afirmar que el Acto de Cuidado Humanizado se sustenta en la fuerza de la acción inmersa en el discurso, se fortalece en los procesos de interacción docente – estudiante y se enriquece en la interrelación con el sujeto de Cuidado. Consideramos que la articulación sinérgica de estos elementos asociada y conjuntamente con el Ser Humano del Cuidador, logrará reafirmar y enriquecer la formación del estudiante frente al Acto de Cuidado Humanizado.

La abstracción conceptual **CUIDADO HUMANIZADO MÁS ALLÁ DEL DISCURSO: UNA CONFRONTACIÓN PRÁCTICA**<sup>78</sup> permite resignificar desde el discurso y la acción el Acto de Cuidado Humanizado, que aunque nace como una potencialidad del cuidador no puede enseñarse de manera retórica pero sí aprenderse en un discurso de Cuidado trascendente.

---

<sup>74</sup> Subcategoría C2-SC3 sustentada en los códigos interpretativos C2-SC3-CI-A

<sup>75</sup> Código sustantivo EE1-C13-D (C2-SC3-CI-A)

<sup>76</sup> Código interpretativo C2-SC3-CI-A argumentado en los códigos sustantivos EE1-C11-A, B; EE1-C12-A, B; EE1-C13-A, C, D; EE1-C10-E, F

<sup>77</sup> Código sustantivo EE2-C10-F (C2-CS3-CI-A)

<sup>78</sup> Categoría C2

Freire dice “la palabra como comportamiento humano significante del mundo no solo designa a las cosas, las transforma; no es solo pensamiento, es praxis”<sup>79</sup>

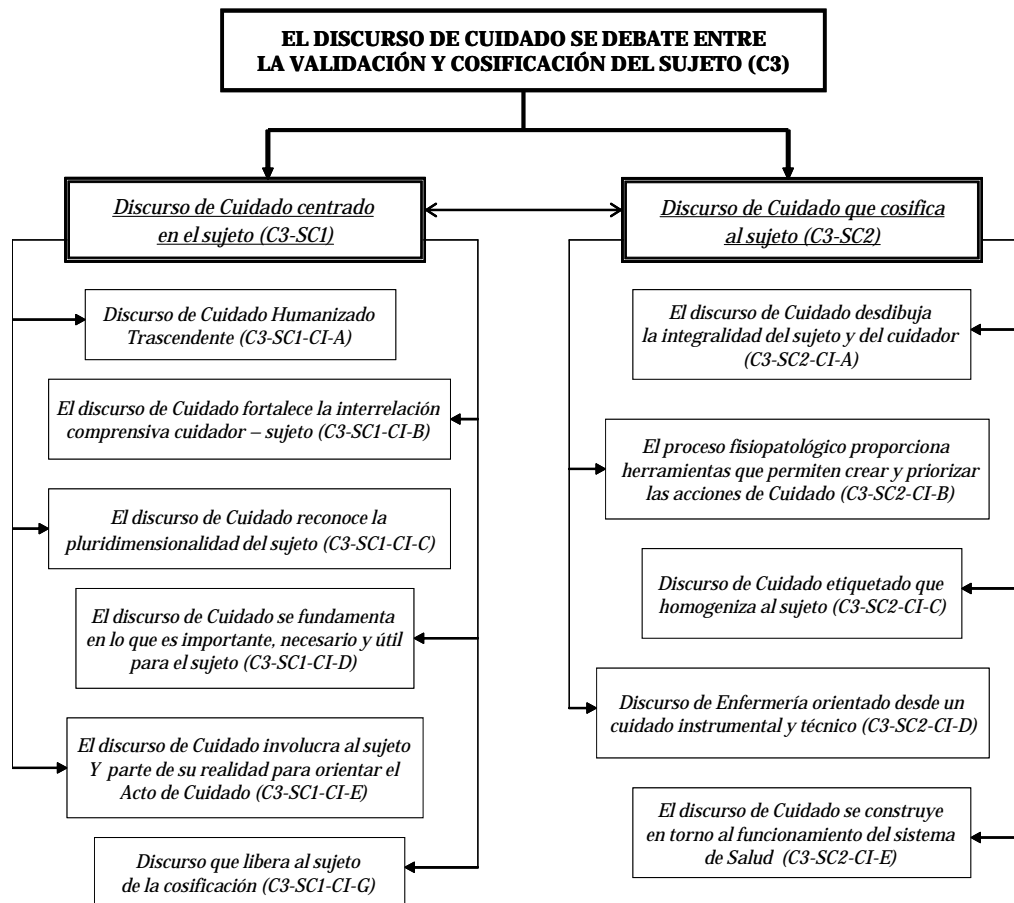
---

<sup>79</sup> FREIRE, Op. cit. p. 84.

### 8.3. EL DISCURSO DE CUIDADO SE DEBATE ENTRE LA VALIDACIÓN Y COSIFICACIÓN DEL SUJETO

La categoría abordada a continuación y construída desde el muestreo analítico e interpretativo de las relaciones conceptuales emergentes, logra condensar como el discurso emitido en el aula de clase cobra un carácter dicotómico al debatirse entre dos contrastes: la validación y cosificación del sujeto.

La síntesis de las relaciones conceptuales será expresada en el siguiente diagrama:



\* Subcategoría (frase subrayada) ejemplificada por los códigos interpretativos que la sustentan (frases en cursiva)  
 En el intento por comprender el sentido y significado del discurso frente al Acto de Cuidado Humanizado emerge la categoría **EL DISCURSO DE CUIDADO SE DEBATE ENTRE LA VALIDACIÓN Y COSIFICACIÓN DEL SUJETO**, que

deja entrever como la dualidad del discurso expresada en dos unidades contrarias resignifica o deconstruye el Acto de Cuidado Humanizado.

Las propiedades analíticas que emergen de las subcategorías, serán descritas metódica y articuladamente desde las características y elementos conceptuales que las definen.

La trascendencia del discurso reside en su funcionalidad dentro del proceso académico, en la argumentación que en sí mismo encierra y en su capacidad para transformar, recontextualizar o redimensionar sentidos y significados.

### **8.3.1. Discurso de Cuidado centrado en el Sujeto**<sup>80</sup>

El discurso de Cuidado centrado en el Sujeto es aquel que supera la sonoridad de la palabra para convertirse en una práctica discursiva *trascendente*, donde la *realidad del sujeto*, su *integralidad* y la *interrelación comprensiva* con el cuidador son elementos que potencializan el Acto de Cuidado Humanizado al *liberar al sujeto de la cosificación*.

En primera instancia, *el discurso de cuidado trascendente*<sup>81</sup> estructura al sujeto en todas sus dependencias y se fundamenta en la “ética y la dignidad humana”<sup>82</sup>, toca la intimidad del sujeto y redimensiona el Acto de Cuidado al involucrar principios y valores como autonomía, libertad y autoestima, superando la objetivación del sujeto. Frente a esta postura, Ríos concibe la humanización “como una tendencia de pensamiento-comportamiento que afirma el valor y la dignidad humana y muestra una preocupación permanente por la vida y la posición del ser humano en el mundo”<sup>83</sup>. Es así que el discurso de Cuidado trascendente cobra un carácter humanizado.

---

<sup>80</sup> Subcategoría C3-SC1 sustentada en los códigos interpretativos C3-SC1-CI-A, B, C, D, E, F, G, H

<sup>81</sup> Código interpretativo C3-SC1-CI-A argumentado en los códigos sustantivos EE3-C4-F; EE3-C5-H; EE3-C9-A, B, C

<sup>82</sup> Fragmentos retomados de los códigos sustantivos EE3-C4-F, H (C3-SC1-CI-A)

<sup>83</sup> RÍOS, Clara Inés. Interpretaciones históricas del humanismo. Bogotá: 1998. p. 47

*La interrelación comprensiva cuidador-sujeto*<sup>84</sup> promovida desde las prácticas discursivas, enriquece el Acto de Cuidado al facilitar el acercamiento y participación del sujeto “es importante que el paciente acepte la intervención y que el enfermero lo sensibilice al manejo de este cuento, respondiéndole en forma clara a sus preguntas y explicándole como va a ser el proceso postoperatorio”<sup>85</sup>. Este discurso de Cuidado reconoce la importancia del consentimiento informado promoviendo el acto comunicativo como estrategia de persuasión que humaniza la relación enfermera-paciente y la vuelve más cercana a una forma de resignificar el Acto de Cuidado Humanizado.

El proceso de interrelación mencionado anteriormente es fructífero en la medida que enriquece tanto al cuidador como al sujeto de cuidado, al permitir el intercambio de experiencias y al reconocer las potencialidades del otro. Este concepto es reafirmado por el discurso del docente cuando expresa “más que enseñar... se propone interactuar a partir del diálogo de saberes”<sup>86</sup> y por el estudiante cuando refiere “la interrelación que existe, es que no sólo le voto a él [sujeto] como si fuera una caja vacía, sino que también tiene la posibilidad de darme a mí y de enriquecerse a sí mismo, no es que sea ignorante del todo”<sup>87</sup>

El discurso de Cuidado centrado en el sujeto además de promover la interrelación comprensiva cuidador – sujeto, reconoce su integralidad y en ella direcciona el Acto de Cuidado. Cuando los docentes afirman en su discurso “se debe trabajar con la triada psicológica, social y sexual tanto a nivel de alteración como de deterioro”... “al alterarse la interrelación con la sociedad, se ve afectado el yo”<sup>88</sup>, visualizan al sujeto como un ser holístico e irreductible, superando la concepción fragmentalista de lo eminentemente biológico.

Al retomar el discurso del aula de clase mencionado anteriormente y al ser triangulado con la entrevista, los docentes expresan que cada una de las esferas que componen la integralidad del sujeto se relacionan entre sí y que si

---

<sup>84</sup> Código interpretativo C3-SC1-CI-B argumentado en los códigos sustantivos EE2-C2-A, B, D; EE2-C17-A; OA2-H16, H19, H22; OA3-H27

<sup>85</sup> Código sustantivo OA3-H27 (C3-SC1-CI-B)

<sup>86</sup> Código sustantivo OA2-H16 (C3-SC1-CI-B)

<sup>87</sup> Código sustantivo EE2-C2-D (C3-SC1-CI-B)

<sup>88</sup> Códigos sustantivos OA3-H9, H6 (C3-SC1-CI-C)

una de ellas se ve alterada, vulnera la funcionalidad e integridad de las otras “ese ser humano tiene todas esas esferas, esas dimensiones y todas se relacionan y cuando una de ellas se ve afectada o está disfuncional va a incidir de manera negativa en las otras dimensiones”<sup>89</sup>. En efecto, la valoración holística del sujeto fortalece el Acto de Cuidado al permitirle al cuidador sobrepasar la visión orgánica y funcional del sujeto, para integrar las otras dimensiones que lo componen.

Lo descrito en los párrafos anteriores deja entrever que *el discurso de Cuidado reconoce la pluridimensionalidad del sujeto*<sup>90</sup> y que en ella involucra las esferas psicológica, social y sexual, que a continuación serán abordadas.

Articular la esfera psicológica al Acto de Cuidado implica valorar la dimensión existencial del sujeto, entender su individualidad, reconocer sus sentimientos y emociones y estimar tanto el concepto que tiene de sí mismo como la forma en que asume su situación de Salud. Desde ésta perspectiva, el discurso expresa que la dimensión psicológica del sujeto direcciona el Acto de Cuidado “para este cuento, existen estrategias psicológicas que permiten afrontar la situación negativa: reforzar la estructura de la personalidad, conectarse emocionalmente con el paciente actuando con amor y respeto, mirándolo a los ojos, manejar los gestos, el tono de voz, mostrar seguridad, brindar confianza y manejar la empatía”<sup>91</sup>

Es así, que la dimensión psicológica se estructura como un elemento potencializador del Acto de Cuidado Humanizado, ya que le permite al cuidador comprender la conducta humana del sujeto y acercarse a su realidad.

Siguiendo esta misma línea, cuando el discurso retoma la importancia de valorar en el Acto de Cuidado la autoestima, la autoimagen y el autoconcepto, reconoce la intimidad del sujeto. Según lo refieren los docentes “se debe valorar la visión personal que tiene el paciente sobre su condición de salud y su

---

<sup>89</sup> Código sustantivo ED3-C2-E (C3-SC1-CI-C)

<sup>90</sup> Código interpretativo C3-SC1-CI-C argumentado en los códigos sustantivos ED2-C1-D, E; ED2-C2-A, B, C, D, E, F, G; ED2-C4-A, B, C; ED2-C9-A, B; ED3-C1-A, B, C, D, E; ED3-C2-B, C, D, E, F; ED3-C3-A, B; ED3-C4-A; ED3-C5-A, B, C; OA3-H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H14, H15, H19, H20, H23, H24, H25, H26

<sup>91</sup> Código sustantivo OA3-H24 (C3-SC1-CI-C)

autoestima"... "la identidad del paciente es vulnerada por el ambiente hospitalario, su autonomía... y si se vulnera la autonomía, ¿cómo no se va a vulnerar la libertad?, ¿la calidad de vida?, cambia su autoimagen"<sup>92</sup>. Estos conceptos reiteran la validez y trascendencia del discurso, al promover el reconocimiento y valoración de la dimensión existencial del sujeto.

Por otro lado, aunque en el contexto general del discurso docente analizado no percibimos profundidad en cuanto al área sexual del sujeto, podemos decir que quizá por la temática desarrollada se aborda ésta dimensión de gran envergadura en la realización del Ser humano desde el impacto del proceso fisiopatológico en la sexualidad. Según lo refieren los docentes cuando emiten su discurso "ésta clase de procesos [enfermedades] conducen a modificar el autoconcepto de sexualidad del paciente: disminuye la libido y la frecuencia del coito y no hay orgasmo"<sup>93</sup>.

A la luz de lo mencionado anteriormente, podemos expresar que cuando el discurso retoma *la pluridimensionalidad del sujeto* fortalece el Acto de Cuidado Humanizado y rompe la postura biologista - funcional del sujeto al reconocerlo como ser humano integral.

El discurso de Cuidado expresado en las aulas de clase además de reconocer la integralidad del sujeto *se fundamenta en lo que para él es necesario, útil e importante*<sup>94</sup>, esto quiere decir que cuando el Cuidado tiene como fundamento al Sujeto y sus intereses, el cuidador logra consolidar un Acto de Cuidado más humano "si tenemos como fundamento que la persona necesita lo que le vamos a dar y si se tiene como base lo que es importante para los sujetos, el proceso de interacción con el profesional de Enfermería será más fructífero, ya que aprenderán de los conceptos que desean conocer y las experiencias que esperan socializar"<sup>95</sup>

---

<sup>92</sup> Códigos sustantivo OA3-H1 (C3-SC1-CI-E)

<sup>93</sup> Código sustantivo OA3-H23 (C3-SC1-CI-C)

<sup>94</sup> Código interpretativo C3-SC1-CI-D argumentado por los códigos sustantivos OA2-H2, H3, H10, H12, H13, H14, H36

<sup>95</sup> Código Sustantivo OA2-H13 (C3-SC1-CI-D)



Así mismo, cuando *el discurso de Cuidado involucra al sujeto y parte de su realidad para orientar el Acto de Cuidado*<sup>96</sup> fortalece el quehacer de Enfermería al permitirle al cuidador conocer las necesidades reales del sujeto para construir y potencializar el Acto de Cuidado Humanizado. Frente a este concepto, cuando los docentes expresan en su discurso “si no conocemos la situación real del paciente no podemos dar una orientación clara sobre el cuidado”<sup>97</sup>, movilizan al estudiante a transpolar este concepto a los espacios clínicos y/o comunitarios, validando así el Cuidado Humanizado como eje del ejercicio profesional.

Por otro lado dentro del *discurso se promueve la creatividad del cuidador en busca de recursos que potencialicen el Acto de Cuidado*<sup>98</sup> “si el paciente no cuenta con los *recursos económicos* para comprar el stomahesive, se puede utilizar *maizena* para mejorar la irritación de la piel” ... “si el paciente no tiene los recursos económicos para comprar el equipo de combatec u holister, la enfermera debe explicar cómo se deben elaborar los dispositivos con *las bolsas de las soluciones endovenosas*”<sup>99</sup>. Es así, que el discurso de Cuidado no se queda en la palabra sino que trasciende, al movilizar al estudiante a transferirlo a la realidad por la que atraviesan tanto el paciente y su entorno familiar como las instituciones de Salud.

El discurso de Cuidado mencionado anteriormente se transforma en un mecanismo de resistencia frente a la objetivación del sujeto, al dar la posibilidad al estudiante de reconocerlo como centro del quehacer profesional, para posteriormente convertirse en su modelo de Cuidado.

Es así, que cuando los estudiantes reflexionan alrededor de la trascendencia del discurso de Cuidado expresan “el ser humano que está ahí acostado requiere muchísimas cosas, no sólo aplicarle inyecciones, darle medicamentos,

---

<sup>96</sup> Código interpretativo C3-SC1-CI-E argumentado en los códigos sustantivos OA3-H1, H2, H3, H5, H13, H18, H28, H31

<sup>97</sup> Código sustantivo OA3-H5 (C3-SC1-CI-E)

<sup>98</sup> Código interpretativo C3-SC1-CI-F argumentado en los códigos sustantivos OA3-H34, H35, H36, H44

<sup>99</sup> Códigos sustantivos OA3-H34, H44 (C3-SC1-CI-F)

olvidarse de él, eso lo he aprendido acá<sup>100</sup>. Esta postura indica la *afinidad del estudiante por el discurso de Cuidado centrado en el sujeto y su contexto*<sup>101</sup>, ya que cuando el discurso promueve un reconocimiento del sujeto logra sensibilizar al estudiante para que viva el Acto de Cuidado más allá de lo técnico y comprenda que su quehacer también está centrado en las respuestas humanas que redimensionan la humanidad del ser. Visto así el Cuidado, es posible que al estudiante se le facilite transferir este discurso a los espacios profesionales y estos a su vez se transformen en su modelo de atención.

### **8.3.2. Discurso de Cuidado que cosifica al Sujeto**<sup>102</sup>

El discurso de Cuidado que cosifica al sujeto es aquel que fragmenta su integridad, se construye desde las políticas de las instituciones de Salud, se desarrolla alrededor del proceso fisiopatológico y prioriza un Cuidado técnico e instrumental sobre un Cuidado centrado en el sujeto.

Cuando el discurso cosifica al sujeto, lo reduce y convierte en un objeto y lo desarticula de las dimensiones que lo estructuran como ser integral. Según lo refieren los estudiantes, cuando los docentes retoman en el discurso aspectos del sujeto de manera aislada, no son significativos para el Acto de Cuidado integral, pues prima, dar respuesta al interés del docente según la dimensión que exija: “para ellos no son importantes algunas cosas como la parte religiosa, para otros es importante que estén cómodos: la almohada, la cama; y para otros es más importante que todos los conocimientos que yo tengo sean perfectos”<sup>103</sup>. Esta complacencia formativa conlleva a que *el discurso de Cuidado desdibuje la integridad del sujeto y del cuidador*<sup>104</sup>, ya que un pensamiento fragmentador reduce al sujeto a una sola dimensión de su ser y conduce al cuidador a reprimir sus emociones “he aprendido a ser muy

---

<sup>100</sup> Códigos sustantivo EE1-C3-D (C3-SC1-CI-H)

<sup>101</sup> Código interpretativo C3-SC1-CI-H argumentado en los códigos sustantivos ED1-C2-A, B, C; ED1-C3-A, B, C, D; ED1-C4-A, B, C, D, E, F; ED1-C9-A; ED1-C14-A

<sup>102</sup> Subcategoría C3-SC2 sustentada en los códigos interpretativos C3-SC2-CI-A, B, C, D, E

<sup>103</sup> Código sustantivo EE1-C5-A, B (C3-SC2-CI-A)

<sup>104</sup> Código interpretativo C3-SC2-CI-A argumentado en los códigos sustantivos EE1-C5-A, B, C, E; EE1-C9, B

emocional, algunos profesores le enseñan a uno a olvidarse de eso”<sup>105</sup>

La práctica discursiva centrada en lo fisiopatológico tiende a convertir al sujeto en la patología que padece, olvidando o relegando a segundo plano sus dimensiones personal y social y direccionando el Acto de Cuidado desde la concepción biologista del sujeto “¿cómo planeo los cuidados si no tengo en cuenta los datos de laboratorio y la sintomatología cuando realizo la valoración? Recuerden chinos, los síntomas y características de la patología nos sirven para entender al paciente y orientar las acciones de Cuidado”<sup>106</sup> [expresión de los docentes cuando emiten su discurso].

Aunque no exista la voluntad de fragmentar al ser y centrarlo en lo meramente biológico, el discurso con su lenguaje y su fuerza de convencimiento ratifica que el camino pedagógico para aprender el Cuidado humanizado está en el aprendizaje de la fisiopatología “ese conjunto de síntomas y características de la patología nos van a dar todas las herramientas para determinar dónde puedo actuar y qué necesita de pronto la persona, específicamente de cuidado”... “muchos de esos signos y síntomas nos permitirán efectivamente ingeniar ese proceso de cuidado y nos van a poder dar un orden y estructurar las prioridades con el paciente respecto a lo que necesita”<sup>107</sup>.

Como podemos observar el discurso de Cuidado se centra en *síntomas, signos y patología*, se olvida que es el sujeto el que padece una enfermedad y que es solo su cuerpo el que expresa el proceso fisiopatológico; quizá involuntariamente se olvida que las enfermeras y enfermeros cuidan las respuestas humanas (experiencias) y estas no aparecen en el discurso de los docentes; por ello emerge *el proceso fisiopatológico proporciona herramientas que permiten crear y priorizar las acciones de Cuidado*<sup>108</sup>

Por otro lado cuando los estudiantes opinan sobre algunos mensajes de

---

<sup>105</sup> Código sustantivo EE1-C5-E (C3-SC2-CI-A)

<sup>106</sup> Código sustantivo OA1-H10 (C3-SC2-CI-B)

<sup>107</sup> Códigos sustantivos ED1-C4-A, B (C3-SC2-CI-B)

<sup>108</sup> Código interpretativo C3-SC2-CI-B argumentado en los códigos sustantivos ED1-C2-C; ED1-C3-A, B, C, D, E, F, G, H; ED1-C4-A, B, C; OA1-H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13, H14, H15, H16, H18, H24, H30, H32, H33, H41

Cuidado emitidos en al aula de clase, consideran “el cuidado se tiene que brindar humanizado es una frase que siempre ponen entre comillas... la frase de Cuidado Humanizado es eso, una frase que simplemente se plasma en un momento dado cuya única intención es tener un emisor y que algún día le cale no se cómo ni con qué pretexto al estudiante”<sup>109</sup>. Este tipo de manifestaciones expresadas en el estudio dan lugar a un discurso de Cuidado Humanizado que pierde validez al reducirse a enunciados entrecomillados que le otorgan un carácter descontextualizado y retórico.

Al retomar el discurso expresado en las aulas de clase, los docentes refieren “en el acto de Enfermería debemos darle lo mejor al paciente, esa es nuestra meta”<sup>110</sup> y al triangular este concepto con la entrevista consideran frente a la trascendencia y validez de la frase que el estudiante comprende la magnitud y significado de su intencionalidad, impregnándole al discurso un carácter implícito que al partir de las preconcepciones que los docentes han construido alrededor del Acto de Cuidado, aíslan la posibilidad de argumentar su verdadero significado. En consecuencia y con base a lo expresado por Velazco,<sup>111</sup> los niveles de entendimiento y comprensión se logran a partir de los procesos argumentativos que se tejen a través del discurso para transformarse en conocimiento.

De igual forma y según lo refieren los estudiantes, los docentes *etiquetan el discurso de Cuidado*<sup>112</sup> cuando lo enmarcan en una retórica discursiva que no trasciende la palabra y que homogeniza y masifica el Acto de Cuidado al desdibujar la integralidad y especificidad del sujeto.

Cuando los estudiantes opinan sobre las claves para lograr una conciencia de Cuidado Humanizado, consideran que uno de los obstáculos que dificulta que éste proceso se lleve a cabo es la formación académica; según lo refieren “la educación tecnicista que existe en la escuela y así ellos lo niegan y lo

---

<sup>109</sup> Códigos sustantivos EE3-C4-A, B (C3-CI-A)

<sup>110</sup> Código sustantivo OA1-H44 (C3-SC2-CI-C)

<sup>111</sup> VELAZCO, Lisbe Beatriz. *Hermenéutica del Discurso Pedagógico*. En: *El Discurso en el Aula*. Medellín: 2006. p. 7.

<sup>112</sup> Código interpretativo C3-SC2-CI-C argumentado en los códigos sustantivos OA1-H39-H40

renieguen... todas esas cosas que le enseñan a uno son tecnicistas y eso es lo que uno aprende”<sup>113</sup>. Lo mencionado anteriormente nos deja entrever que cuando el discurso de *Enfermería se orienta desde un Cuidado instrumental y técnico*,<sup>114</sup> no tiene validez frente al estudiante ni lo sensibiliza a ejercer el Acto de Cuidado Humanizado.

Este proceso es argumentado por los estudiantes como un acto inconciente cuando recuerdan aspectos que los docentes transmiten a los estudiantes durante las prácticas clínicas y/o comunitarias, ya que consideran que en ocasiones los objetivos del aprendizaje superan el Acto de Cuidado centrado en el sujeto “ver al paciente como un objeto, como un objeto de Cuidado más que verlo como un sujeto; no digo que lo hagan conciente, de pronto es inconciente porque ellos necesitan que uno practique y que uno conozca, que uno haga”<sup>115</sup>

Así, el discurso fisiopatológico, instrumental y técnico se desarrolla alrededor de la dimensión biológica del sujeto y aunque hace parte del Acto de Cuidado, está vacío de contenido humano y es una barrera para la formación del estudiante frente al Acto de Cuidado Humanizado.

Por otro lado las políticas de las instituciones de Salud deforman el discurso de Cuidado al orientarlo desde la productividad y no desde los objetivos centrales del quehacer profesional. Según lo refieren los estudiantes “se limita uno a hacer cosas que me parecen no impactan tanto en la comunidad, como que uno aprende más la manera como funciona la Salud hacia la comunidad, cómo funcionan los programas, cómo funcionan las políticas; pero en sí uno no ve ese impacto en la comunidad”<sup>116</sup>. Es así, que *el discurso se construye en torno al funcionamiento del sistema de Salud* <sup>117</sup>

Finalmente, el carácter reflexivo del discurso debatido entre la validación y

---

<sup>113</sup> Códigos sustantivos EE3-C15-D, F (C3-SC2-CI-C)

<sup>114</sup> Código interpretativo C3-SC2-CI-D argumentado en los códigos sustantivos EE1-C17-A, B, C, D; EE1-C18-B, C; EE1-C19-B; EE3-C15-D, E, F; OA1-H28, H29, H42

<sup>115</sup> Código sustantivo EE2-C10-E (C3-SC2-CI-D)

<sup>116</sup> Código sustantivo EE4-C6-A (C3-SC2-CI-E)

<sup>117</sup> Código interpretativo C3-SC2-CI-E argumentado en los códigos sustantivos EE4-C6-A, B, D

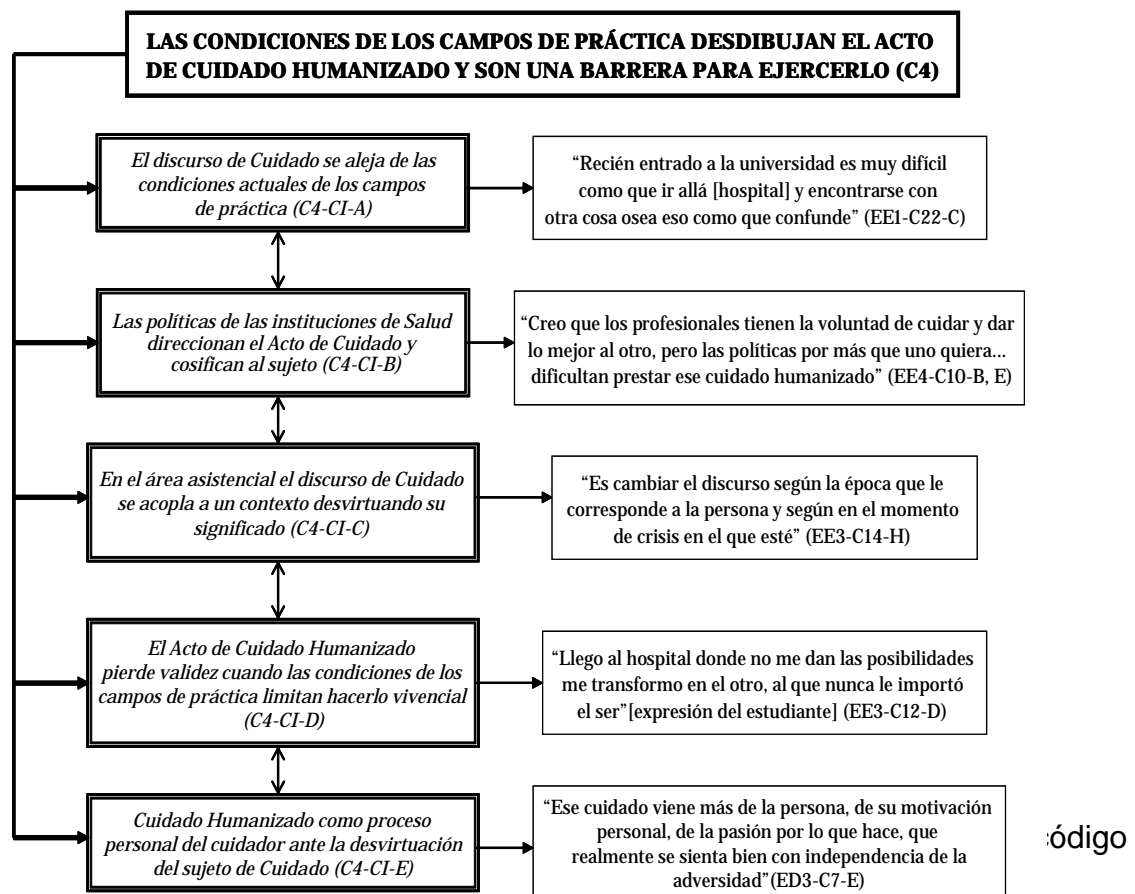
cosificación del Sujeto, aporta herramientas que desde los espacios académicos permiten redimensionar el discurso como un dispositivo que al centrarse en el sujeto, logra formar en el estudiante un Acto de Cuidado Humanizado.

“Ese ser que está ahí necesita un Cuidado pero un Cuidado especializado, un Cuidado de Ser Humano a Ser Humano, no un Cuidado meramente mecánico, donde yo voy y hago las cosas y me aparto de él” (EE1-C3-A)

## 8.4. LAS CONDICIONES DE LOS CAMPOS DE PRÁCTICA DESDIBUJAN EL ACTO DE CUIDADO HUMANIZADO Y SON UNA BARRERA PARA EJERCERLO

La categoría descrita a continuación representa el análisis e interpretación de las relaciones conceptuales emergentes. Su caracterización evidencia el proceso de sistematización conceptual y expresa como el Acto de Cuidado Humanizado se desvanece por las condiciones enajenantes de los campos de práctica.

La multiplicidad conceptual que sustenta la categoría está expresada en el siguiente diagrama:



\* Código interpretativo (frase en cursiva) ejemplificado mediante un código sustantivo (frase en comillas)

**LAS CONDICIONES DE LOS CAMPOS DE PRÁCTICA DESDIBUJAN EL ACTO DE CUIDADO HUMANIZADO Y SON UNA BARRERA PARA**

**EJERCERLO**, es una abstracción conceptual que refleja cómo estudiantes y docentes desde la experiencia académica dimensionan el contexto adverso en el que se ejerce la profesión como un obstáculo para brindar Cuidado Humanizado.

El Acto de Cuidado como esencia del actuar de Enfermería está mediado por el proceso que de manera intrínseca motiva al cuidador a ejercerlo, a las condiciones laborales y a la práctica profesional adquirida desde la formación y los espacios universitarios. En el análisis de esta categoría nos remitiremos a la forma como el discurso del docente aborda las condiciones de adversidad y su impacto en el quehacer profesional y en el Acto de Cuidado.

Cuando los estudiantes opinan sobre la coherencia entre la formación en el Acto de Cuidado y la institucionalidad, consideran que el discurso desvincula la realidad por la atraviesan los campos de práctica al expresar “cuando uno es un estudiante de los primeros semestres a uno acá le dicen muchas cosas bonitas ¡ay! esto es así, la Enfermería es muy bonita y no se qué, y uno llega al hospital y todo el mundo grita, ellas hacen totalmente lo contrario”<sup>118</sup>. Ésta situación limita que el acto de Cuidado Humanizado logre ser vivencial, ya que le impide al estudiante articular los procesos académicos al quehacer profesional.

Frente a ésta postura, Paulo Freire argumenta que “los contenidos desligados de la realidad adquieren otro sentido”<sup>119</sup>, ya que un discurso que emite realidades estáticas e invariables es ajeno a la experiencia del estudiante y desfigura su verdadera trascendencia y finalidad, al convertirse en un instrumento generador de confusión “recién entrado a la universidad es muy difícil ir allá [hospital] y encontrarse con otra cosa, osea eso como que confunde”<sup>120</sup>. Es así, que desde el análisis interpretativo emerge *el discurso se*

---

<sup>118</sup> Código sustantivo EE1-C22-A (C4-CI-A)

<sup>119</sup> FREIRE, Paulo. *Pedagogía del Oprimido*. FREIRE, Pablo. *La pedagogía del oprimido*. Siglo XXI editores, edición No. 37, tierra nueva, Montevideo, Uruguay, p. 73

<sup>120</sup> Código sustantivo EE1-C22-C (C4-CI-A)



*aleja de las condiciones actuales de los campos de práctica*<sup>121</sup>

Así mismo y teniendo en cuenta que la legislación determina las instituciones que se encuentran en la capacidad de prestar servicios de Salud, es imprescindible afirmar que aunque las políticas trazadas por el Sistema General de Seguridad Social y la constitución política pretendan ofrecer de manera gratuita y obligatoria un servicio de Salud para todos los colombianos, los objetivos productivos de las instituciones aíslan la verdadera finalidad del Cuidado de Enfermería.

Desde lo mencionado anteriormente surge que *las políticas de las Instituciones de Salud direccionan el Acto de Cuidado y cosifican al sujeto*<sup>122</sup>, concepto reafirmado por los estudiantes al expresar “no podemos llegar a hacer nuestra voluntad sino que hay que seguir pues los patrones, igual esas instituciones tienen que cumplir con unos objetivos de brindar ciertos servicios, cierto número de consultas y atenciones que limitan el tiempo para establecer como una política que nos case con un discurso de cuidado”<sup>123</sup>

En efecto, la situación laboral actual deforma el sentido y significado del quehacer de Enfermería, ya que desconfigura los objetivos y finalidad del Cuidado, los profesionales están obligados a ejercerlo en un contexto que deconstruye tanto al profesional como al sujeto, la estabilidad y productividad institucionales están orientadas hacia la rentabilidad económica, generando expropiación del quehacer de Enfermería; según lo expresan los estudiantes “de pronto uno va y saluda a la persona y trata de interactuar con ella, ver a un ser humano ahí, al que está cuidando; pero cada diez minutos que uno pierda con un paciente no le da tiempo para cumplir esas otras tareas”<sup>124</sup>. Es así que el Sistema de Salud y las políticas de las instituciones transforman al profesional en un objeto en términos de productividad, a tal punto que considera el contacto con el sujeto como una pérdida de tiempo.

---

<sup>121</sup> Código interpretativo C4-CI-A argumentado en los códigos sustantivos EE1-C22-A, EE1-C22-B, EE1-C22-C)

<sup>122</sup> Código interpretativo C4-CI-B argumentado en los códigos sustantivos EE4-C7-A, B; EE4-C9-C, D, E; EE4-C10-B, E, D

<sup>123</sup> Código sustantivo EE4-C7-A (C4-CI-B)

<sup>124</sup> Código sustantivo EE4-C10-D (C4-CI-B)

De igual manera el ejercicio del profesional es limitado, se pierde autonomía en la toma de decisiones frente a la prestación de los servicios de Salud que desfavorecen el Cuidado directo y promueven la administración de recursos hospitalarios, según lo refieren los estudiantes “las instituciones están en ese afán de ser una buena empresa y en ese trabajo el profesional de Enfermería tiene que entrar a hacer muchas tareas y a cumplirlas y no es porque no haya voluntad del enfermero (a) para cumplir con esas actividades y dar ese cuidado personal – individual”<sup>125</sup>. Esta situación conduce a que el ejercicio del Cuidado esté sujeto a las condiciones trazadas por el Sistema de Salud y la institución en la que se desarrolle, aislando la posibilidad de que el profesional ofrezca una atención individualizada, humana y de calidad.

Cuando los estudiantes son interrogados sobre la incidencia de las condiciones de los campos de práctica en el Cuidado Humanizado, expresan que las múltiples funciones que las instituciones exigen al profesional, le impiden ejercer a cabalidad los objetivos del Cuidado “si uno se dedica a cuidar sólo a los pacientes y si yo soy el jefe de un servicio tengo que cumplir con muchas tareas que de hecho miden la efectividad del profesional, osea que aunque haya prestado un buen cuidado sin cumplir con las labores administrativas, van a decir que soy un profesional insuficiente”<sup>126</sup>. Éstas tareas exigidas por las instituciones miden la efectividad de la enfermera (o) y por tanto, los conducen a trabajar desde las políticas y las coberturas, olvidando al sujeto, su familia y el contexto y centrando el Cuidado en actividades administrativas.

El contexto profesional mencionado anteriormente además de desdibujar el quehacer de Enfermería desarticula los procesos formativos del cuidador y como tal, lo transforma en un objeto productivo que debe olvidarse de los principios que sustentan el ejercicio profesional para adherirse al sistema “ellas dicen [las enfermeras de asistencia] pero es que el cuidado humanizado... se da desde lo administrativo... incluso se niegan el mismo discurso que han

---

<sup>125</sup> Código sustantivo EE4-C9-C (C4-CI-B)

<sup>126</sup> Código sustantivo EE4-C9-E (C4-CI-B)

venido aprendiendo, lo que pasa es que ellas como que se acomodan”<sup>127</sup>

En efecto, *en el área asistencial el discurso de Cuidado se acopla a un contexto desvirtuando su significado*<sup>128</sup>; es decir, las prácticas discursivas emitidas en el aula de clase se desvanecen en el ejercicio asistencial, donde la trascendencia del discurso centrado en el sujeto se desconfigura para convertirse en acciones centradas en la productividad.

Por otro lado y teniendo en cuenta que cuando el Cuidado se ejerce desde los espacios personales trasciende y logra ser vivencial, un acercamiento a la academia y a la reflexión que los docentes hacen sobre la relación entre las condiciones tanto del Sistema de Salud como de los campos de práctica y el Acto de Cuidado, nos deja entrever que cuando el cuidador reconoce las consecuencias del contexto en el quehacer profesional, logra entender que *el Acto de Cuidado Humanizado se desdibuja y pierde validez cuando las condiciones del sistema de Salud limitan hacerlo vivencial*<sup>129</sup>

Frente a esta postura, cuando estudiantes y docentes describen el impacto de las políticas del sistema de Salud en el quehacer profesional, expresan que “la facturación, el poco tiempo y la ausencia de motivaciones”<sup>130</sup> limitan el contacto con el sujeto de Cuidado y como tal, la relación dialógica que media el Acto de Cuidado Humanizado se transforma en indiferencia y cosificación. En relación a este aspecto, los estudiantes consideran que el Sistema de Salud transforma al cuidador en un ente pasivo y enajenado “llego al hospital donde no me dan las posibilidades y me transformo en otro, al que nunca le importó el ser”<sup>131</sup> [expresión del estudiante]

Así mismo cuando los docentes refieren “somos conscientes que el contexto no

---

<sup>127</sup> Códigos sustantivos EE3-C14-D, E (C4-CI-C)

<sup>128</sup> Código interpretativo C4-CI-C argumentado en los códigos sustantivos EE3-C14-A, B, C, D, E, F, H, I

<sup>129</sup> Código interpretativo C4-CI-D argumentado en los códigos sustantivos EE3-C11-A, D, E; EE3-C12-D; ED1-C5-C, D, E, F; ED1-C6-A, E, F, G, H, I, J

<sup>130</sup> Fragmentos tomados de los códigos sustantivos ED1-C5-D, E; ED1-C6-F

<sup>131</sup> Código sustantivos EE3-C12-D (C4-CI-D)

nos permite dar el 100% de lo que es en realidad Enfermería<sup>132</sup>, dejan entrever el impacto devastador de las políticas de Salud en el sentido y significado del Acto de Cuidado y reconocen que es realmente difícil transpolar el discurso del aula de clase a los espacios laborales “si tienes 30 o 40 pacientes tú escasamente los ves cuando recibes o entregas turno y de vez en cuando con los que son prioritarios... el resto de cargas administrativas que no son propias del quehacer de nosotras, nos absorben la gran mayoría de tiempo y no podemos dar lo mejor que queremos darle a ellos y eso les decíamos a los estudiantes”<sup>133</sup>

Lo mencionado anteriormente permite comprender que cuando el estudiante reconoce el impacto del contexto laboral en el quehacer profesional, logra transferir a los espacios de práctica un Acto de Cuidado que si bien no le permite contrarrestar las condiciones de adversidad en su totalidad, le da la posibilidad de generar reflexividad alrededor del Acto de Cuidado Humanizado para consecuente y progresivamente redimensionarlo.

Así mismo las condiciones de los campos de práctica desdibujan la integralidad del cuidador y el sujeto, al estereotiparlos como objetos silentes que al adherirse al Sistema se deconstruyen como sujetos sociales. Frente a esta postura, consideramos que las políticas de las instituciones de Salud restringen el desarrollo humano tanto del cuidador como del sujeto de cuidado, al enmarcarlos en la satisfacción fragmentada de sus necesidades de subsistencia y Salud respectivamente. Así, la autonomía, la libertad, la identidad, la calidad de vida y la dignidad humana se desvanecen al invisibilizar al cuidador y al sujeto.

El impacto del actual sistema y las políticas de Salud en la gestión que realiza el profesional de Enfermería ha generado un conflicto entre el deseo de actuar por el sujeto y el quehacer reglamentado por las instituciones. Ésta situación debe ser amortiguada por los profesionales si logran con independencia de las condiciones ejercer el Acto de Cuidado promovido en la academia y sustentan

---

<sup>132</sup> Código sustantivos ED1-C5-C (C4-CI-D)

<sup>133</sup> Códigos sustantivos ED1-C5-D, E (C4-CI-D)

sus actividades en lo estipulado por la ley 911/2004 el cuidado debe ser un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo que permita identificar y dar prioridad a las necesidades del sujeto de Cuidado.

Las condiciones deshumanizantes descritas anteriormente son resignificadas desde el cuidador, cuando logra introyectar que el *Cuidado Humanizado es un proceso personal ante la desvirtuación del sujeto*<sup>134</sup>.

Frente a esta afirmación los estudiantes expresan “pienso que a pesar del poco tiempo que pueda tener una enfermera (o) para ejercer el cuidado en cualquiera que sea el servicio, puede ser humanizada si es consciente de la verdadera función del Cuidado de Enfermería”<sup>135</sup>

A la luz de lo mencionado anteriormente, podemos decir que el ser humano del cuidador, su motivación personal y su formación en valores potencializan el Acto de Cuidado Humanizado y le permiten ejercerlo indistintamente. Así, el proceso personal e intrínseco que sensibiliza al cuidador alrededor de la humanización le permite contrarrestar las condiciones de adversidad, convirtiéndose en un mecanismo de resistencia frente a la crisis que objetiviza al sujeto de Cuidado.

Las condiciones de vida, de Salud y de trabajo en las que el profesional de Enfermería está ejerciendo, requieren ser repensadas desde los espacios académicos. Ésta profunda reflexión debe permitir que desde la academia se consoliden estrategias que conduzcan al estudiante a sensibilizarse alrededor del Cuidado Humanizado y a ejercerlo en cualquier contexto.

El Cuidado Humanizado no debe visualizarse como un ideal sino como una realidad y como tal, debe aprehenderse en la academia, en la experiencia del estudiante con la cotidianidad del Cuidado y en el contacto con el Sujeto.

---

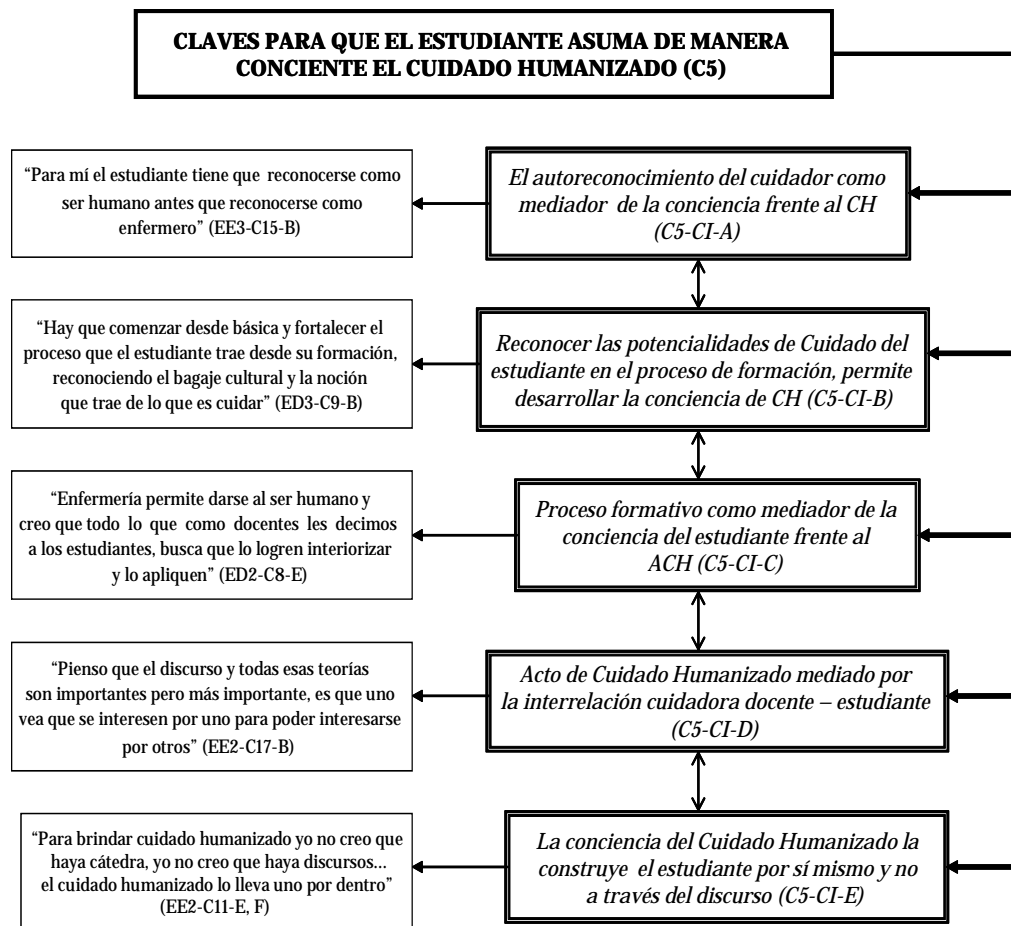
<sup>134</sup> Código interpretativo C4-CI-E argumentado en los códigos sustantivos EE2-C12-A; EE2-C14-A, B, F, G, I; EE2-C15-C, E; ED3-C7-A, B, C, D, E

<sup>135</sup> Código sustantivo EE2-C15-E (C4-CI-E)

## 8.5. CLAVES PARA QUE EL ESTUDIANTE ASUMA DE MANERA CONSCIENTE EL CUIDADO HUMANIZADO

Esta categoría es una abstracción conceptual que estructura elementos que fortalecen la formación del estudiante frente al Cuidado Humanizado desde la resignificación del Acto de Cuidado.

La multiplicidad conceptual emergente y su interrelación analítica serán ilustradas en el siguiente diagrama:



\* Código interpretativo (frase en cursiva) ejemplificado mediante un código sustantivo (frase en comillas)

A continuación describiremos de manera sistemática las propiedades y dimensiones de las relaciones conceptuales que configuran la categoría. Al definirla como **CLAVES PARA QUE EL ESTUDIANTE ASUMA DE MANERA**

**CONSCIENTE EL CUIDADO HUMANIZADO**, nos referimos a los elementos que desde los espacios personal y académico promueven la aprehensión y reflexividad del estudiante frente al Acto de Cuidado Humanizado.

Desde esta perspectiva y teniendo en cuenta que la crisis por la que atraviesa el quehacer profesional ha deformado el sentido y significado del Acto de Cuidado al objetivizar al sujeto y al cuidador, consideramos que desde el proceso de formación se debe trabajar por la **resignificación del Acto de Cuidado**, ya que “el ejercicio de la profesión centrado en los “objetos” y no en el sujeto, va en contravía del *cuidado* humanizado, que ha sido un reclamo y un anhelo permanente de la práctica de enfermería, al ser defensora del derecho a la salud y por ende, de la dignidad de la vida humana”<sup>136</sup>. Esta premisa sostenida por Romero, será enriquecida con los aportes emergentes de la investigación, por ello nos surge la pregunta: ¿cómo lograrlo?

Desde la emergencia investigativa, resignificar el Acto de Cuidado es un proceso que requiere la articulación conjunta y sinérgica de los contextos personal, profesional y laboral del cuidador.

Para dimensionar la relación entre el contexto personal del cuidador y la resignificación del Acto de Cuidado, es necesario comprender que el Cuidado como un valor propio de la naturaleza humana se construye desde el cuidador y su reconocimiento como sujeto social antes que como profesional. Así, el *autoreconocimiento del cuidador como mediador de la conciencia frente al Cuidado Humanizado*<sup>137</sup> se convierte en una clave de resistencia ante la adversidad, al permitirle al cuidador “hacer introspección de sí mismo como mecanismo para comprender al otro en el proceso de interacción”<sup>138</sup>, ya que cuando el cuidador se conoce a sí mismo y reconoce sus potencialidades logra transpolarlas a la realidad del Cuidado.

---

<sup>136</sup> ROMERO, María Nubia. Resistencia en la adversidad: Cuatro compromisos desde la docencia. XVI Congreso ANEC. Medellín: 2005. p. 4.

<sup>137</sup> Código interpretativo C5-CI-A argumentado en los códigos sustantivos EE3-C15-A, B, C, G, H; OA3-H4

<sup>138</sup> RIEHL, Joan. Retomada por Ann Marriner. En: Modelos y teorías en Enfermería. España: 1989. p. 217

La anterior descripción analítica deja entrever como el cuidador debe en primera instancia reconocerse como persona para que logre asumir de manera consciente el Acto de Cuidado Humanizado. Desde esta perspectiva los estudiantes refieren “para mí el cuidador tiene que reconocerse como ser humano antes que reconocerse como enfermero”<sup>139</sup>, esta postura humanizante fortalece el Acto de Cuidado Humanizado al permitirle al cuidador conocerse para conocer y valorar al otro.

En el discurso académico sobre el Cuidado disertado en el aula de clase, se afirma que “en la misma formación se les está trabajando y se les está haciendo conciencia de la razón de ser de Enfermería”<sup>140</sup>. Así, los docentes en el proceso formativo esperan que el discurso permee la conciencia del estudiante definida como “la aprehensión del conocimiento interior... que conduce al sujeto a ver la vida y actuar en ella en una manera particular”<sup>141</sup>.

Contrario a este concepto teórico, los estudiantes refieren que el **ACTO DE CUIDADO HUMANIZADO ES UN PROCESO INTRÍNSECO**<sup>142</sup> y como tal expresan “es un proceso de adentro para fuera... es un proceso personal, que yo puedo matarme 10 horas hablándoles de la forma en que deben cuidar, de que vean al otro como persona que es... que lo vean a uno como persona que realmente es uno, pero si ellas [las docentes] como personas no son así, no lo van a ser nunca”<sup>143</sup>. Estas posturas del estudiante que niegan el poder del discurso en el proceso de formación y reafirman que el Cuidado Humanizado nace y es dependiente del ser humano del cuidador, de su experiencia y de la imitación heredada por la familia, permiten emerger que *la conciencia frente al cuidado humanizado la construye el estudiante más no el discurso*<sup>144</sup>

Referir que este proceso es generado como una construcción personal del cuidador, deja entrever que la academia por sí sola no está estructurando una

---

<sup>139</sup> Código sustantivo EE3-C15-B (C5-CI-A)

<sup>140</sup> Código sustantivo ED2-C8-B (C5-CI-C)

<sup>141</sup> SÁNCHEZ, Fernando. Una aproximación hacia la conciencia. Editorial Mc Graw Hill. España: 2001. p. 23

<sup>142</sup> Categoría 1

<sup>143</sup> Códigos sustantivos EE2-C11-H, M, N (C5-CI-E)

<sup>144</sup> Código interpretativo C5-CI-E argumentado en los códigos sustantivos EE2-C11-C, D, E, G, F, H, M, N; EE2-C15-A, B; EE2-C17-E; EE4-C17-A, B, C, D, E



conciencia de Cuidado Humanizado en el estudiante y que aunque ofrece herramientas que ayudan a significar y comprender la dimensión humana, ni el discurso en el aula de clase ni la práctica clínica trascienden el *cuidado sensorial*. Esto quiere decir que resignificar el Acto de Cuidado requiere un discurso más explícito en cada contenido teórico, que sea el horizonte a través del cual el estudiante comprenda el proceso salud-enfermedad de las personas y ejerza el Cuidado humanizado.

Desde el análisis interpretativo de las investigadoras, superar el empirismo del Acto de Cuidado en el proceso de resignificación se convierte en una clave para que el estudiante asuma de manera conciente el Cuidado Humanizado, al permitirle transformarlo en una experiencia de vida que enriquecida con la teoría, permite consolidar un Cuidado disciplinar que supera sus dimensiones sensorial y humanitaria.

Por otro lado y al referirnos a la resignificación del Acto de Cuidado desde el contexto académico, emerge el concepto *el proceso formativo como mediador de la conciencia del estudiante frente al Acto de Cuidado Humanizado*<sup>145</sup>, que surge como un mecanismo de resistencia desde la docencia frente a la deshumanización por la que atraviesa el quehacer profesional, según lo expresan los docentes “Enfermería permite darse al ser humano y creo que todo lo que como docentes les decimos a los estudiantes, busca que lo logren interiorizar y lo apliquen”<sup>146</sup>, Esta intencionalidad del discurso sensibiliza al estudiante alrededor del Cuidado Humanizado, al permitirle vivenciar desde los espacios académicos un discurso de Cuidado que valida al Sujeto.

Para que el proceso de formación mencionado anteriormente se convierta en un mecanismo de resignificación del Acto de Cuidado, debe conjugar un *discurso trascendente* que logre movilizar al estudiante frente al Cuidado Humanizado y potencializarlo con la *interrelación comprensiva docente-estudiante*.

---

<sup>145</sup> Código interpretativo C5-CI-C argumentado en los códigos sustantivos ED2-C8-A, B, D, E

<sup>146</sup> Código sustantivo ED2-C8-E (C5-CI-C)

Por un lado la *interrelación cuidadora docente–estudiante*<sup>147</sup> como un aspecto que permite que el estudiante asuma de manera consciente el Cuidado Humanizado trasciende, ya que cuando *el docente reconoce al estudiante como persona*<sup>148</sup> y se convierte en su cuidador, el estudiante es capaz de reflejarlo en sus acciones al convertir esa experiencia académica de Cuidado en una realidad.

A la luz de lo mencionado anteriormente, cuando en los espacios académicos se rompe el esquema vertical de la *educación bancaria* para transformarse en un proceso de interacción dialógico y recíproco, los estudiantes validan el discurso al tener una mayor disposición y receptividad frente al sentido y significado de los conceptos emitidos en el aula y son capaces de transferirlo a los distintos momentos de Cuidado. Esta postura es exaltada por los estudiantes al referir “pienso que el discurso y todas esas teorías son importantes, pero más importante es que uno vea que se interesen por uno para poder interesarse por otros. Lo más importante es que se ejerza un cuidado si se puede decir de alguna forma con nosotros los estudiantes, para que después nosotros nos acordemos de eso cuando vayamos a ejercerlo con otras personas”<sup>149</sup>

Por otro lado, cuando el docente *reconoce las potencialidades de Cuidado del estudiante en el proceso de formación permite desarrollar una conciencia de Cuidado Humanizado*<sup>150</sup>, ya que al promover un mayor acercamiento al estudiante, fortalece y consolida sus capacidades alrededor del Cuidado. Este concepto es reiterado por los docentes al referir “hay que comenzar desde básica y fortalecer el proceso que el estudiante trae desde su formación, reconociendo el bagaje cultural y la noción que trae de lo que es cuidar y si yo hago ese reconocimiento yo empiezo a cambiar, a construir un conocimiento

---

<sup>147</sup> Código interpretativo C5-CI-D argumentado por los códigos sustantivos EE2-C17-C, D; ED3-C9-E

<sup>148</sup> Código interpretativo C2-SC1-CI-B argumentado en los códigos sustantivos EE2-C5-E, F, G, I, J; EE2-C6-A, C, D; EE2-C8-C; EE2-C10-A, B, C; EE2-C17-C, D

<sup>149</sup> Código sustantivo EE2-C17-D (C5-CI-D)

<sup>150</sup> Código interpretativo C5-CI-B argumentado en los códigos sustantivos ED1-C9-A, C, D; ED3-C9-A, B, C

de lo que es cuidar”<sup>151</sup>. Así, cuando el docente valida la construcción personal del estudiante y la potencializa desde la base científica, la conciencia de un Cuidado empírico puede trascender a un Cuidado Humanizado vivencial.

Aunque lo mencionado anteriormente deja entrever que el proceso de formación es mediador de la conciencia frente al Cuidado Humanizado, desde la emergencia encontramos dos contrastes frente a este concepto, ya que para algunos estudiantes el Cuidado Humanizado es un proceso eminentemente intrínseco y para algunos docentes está mediado por el proceso de formación. Frente a esta postura los estudiantes expresan “nunca he contemplado que eso [Cuidado Humanizado] a uno se lo puedan enseñar metódicamente y como una receta... sigo casado con la idea que es un proceso de toda la vida porque si se aprendiera en la universidad sería fácil...”<sup>152</sup> y los docentes refieren “creo que ese proceso formativo va a llevar a estos futuros profesionales a tener una conciencia de cuidado humanizado, porque de lo contrario estaríamos cayendo solamente en acciones, en técnicas y en procedimientos”<sup>153</sup>.

Esta dualidad refleja lo que pasa en cada orilla del proceso formativo: por un lado, un deseo e intención explícita de la academia por forjar conciencia y discurso humanizante y por otra, estudiantes que invalidan lo teórico y magnifican la experiencia como única aportadora en la conciencia de Cuidado Humanizado.

Frente a esta ambigüedad, consideramos que es de vital importancia resignificar el Cuidado Humanizado desde la articulación de las experiencias personal y académica del cuidador; es decir, la construcción empírica de Cuidado debe ser enriquecida y potencializada desde el proceso de formación superando lo eminentemente humanitario y sensorial para convertirse en un modelo de Cuidado Humanizado que al ser ejercido en cualquier contexto, logre superar las condiciones de adversidad.

---

<sup>151</sup> Códigos sustantivos ED3-C9-B (C5-CI-B)

<sup>152</sup> Código sustantivo EE4-C17-A, B (C5-CI-E)

<sup>153</sup> Código sustantivo ED2-C8-A (C5-CI-C)

Desde esta perspectiva, consideramos que la conciencia de Cuidado Humanizado debe ser una realidad que se construya desde las aulas de clase, que debe estar sujeta a los valores personales del cuidador, que debe partir de la reflexividad tanto del estudiante como del docente alrededor del ejercicio del Cuidado Humanizado y que debe entenderse como una experiencia de desarrollo humano antes que como profesional.

Lograr que el estudiante asuma de manera consciente el Cuidado Humanizado es un proceso que permanente y progresivamente debe reconstruirse desde la articulación de las claves propuestas; requiere como primera medida unificar la conceptualización de Cuidado Humanizado para que desde la base científica, las experiencias académicas y el componente personal del cuidador, el Acto de Cuidado Humanizado logre resignificarse como un mecanismo que permite reivindicar la Enfermería como una profesión integral y holística, pero sobre todo humana.

## CONCLUSIONES

“Sin la ciencia perdemos nuestra credibilidad y sin la humanidad,  
nuestra capacidad de comprender a los demás”

**Agar, M. H. (1980)**

- ☺ La concepción del estudiante frente al Cuidado Humanizado es empírica y fragmentada al adquirir un carácter eminentemente *sensorial, humanitario y afectuoso* desarticulado del campo disciplinar que sustenta el Acto de Cuidado.
- ☺ La interacción conjunta y recíproca de los *contextos personal, académico y laboral* del cuidador construye, enriquece y potencializa el Acto de Cuidado Humanizado.
- ☺ El Acto de Cuidado Humanizado comienza a construirse en el Ser Humano del cuidador pero requiere ser potenciado en el proceso de formación, para que al sustentarse en la base científica supere la concepción empírica y sensorial del Cuidado.
- ☺ El discurso de Cuidado centrado en el sujeto y su confrontación práctica y la interrelación comprensiva docente – estudiante fortalecen la formación del estudiante frente al Acto de Cuidado Humanizado.
- ☺ Cuando en los espacios académicos se rompe el esquema vertical de la educación para transformarse en un proceso de interacción dialógico y recíproco, los estudiantes validan el discurso al tener una mayor disposición y receptividad frente al sentido y significado de los conceptos emitidos en el aula y son capaces de transferirlos a los distintos momentos de Cuidado.
- ☺ La interrelación comprensiva docente – estudiante es un elemento que fortalece la formación del estudiante frente al Cuidado Humanizado, ya que cuando el docente articula al proceso académico el área personal del

estudiante y se convierte en su cuidador, el estudiante es capaz de reflejarlo en sus acciones.

- ☺ El discurso de Cuidado emitido en el aula de clase cobra un carácter dicotómico al debatirse entre dos contrastes: la validación y cosificación del sujeto.
- ☺ El discurso de Cuidado centrado en el sujeto se convierte en un modelo de Cuidado para el estudiante.
- ☺ Aunque el discurso fisiopatológico e instrumental hace parte del Acto de Cuidado, está vacío de contenido humano y es un obstáculo para la formación del estudiante frente al Acto de Cuidado Humanizado.
- ☺ La situación laboral actual al deformar el sentido y significado del quehacer de Enfermería, restringe el ejercicio del Cuidado Humanizado.
- ☺ *“El desarrollo de nuestra profesión en las actuales condiciones de adversidad no está en la capacidad productiva de l@s enfermer@s, está en la formación humana y en los valores de quienes la componemos”*

## RECOMENDACIONES

- ☺ Los resultados del proceso investigativo deben ser contrastados con la construcción y experiencias de Cuidado que tanto docentes como estudiantes han vivenciado en los espacios personal, académico y laboral, para que al ser retroalimentados se estructure un concepto unificado de Cuidado Humanizado que supere la concepción empírica.
- ☺ Teniendo en cuenta que los datos emergentes dejaron entrever que el Acto de Cuidado Humanizado más allá del discurso es una confrontación práctica, es importante comprender cómo el estudiante logra transpolar el discurso a sus experiencias de Cuidado en los ámbitos clínico y comunitario.
- ☺ Docentes y estudiantes deben reflexionar alrededor de la importancia y finalidad del discurso desde una mirada crítica y propositiva y orientarlo hacia la validación del Acto de Cuidado Humanizado.
- ☺ El discurso de Cuidado emitido en el aula de clase debe contrastarse con la situación de adversidad actual, permitiendo que estudiantes y docentes al debatir y reflexionar sobre el impacto de las condiciones en el quehacer profesional, consoliden mecanismos de resistencia que permitan confrontarlas.
- ☺ En el proceso de formación se debe promover el reconocimiento del cuidador como persona antes que como profesional y de ésta forma enriquecer la formación del estudiante frente al Acto de Cuidado Humanizado.
- ☺ Se debe promover desde la academia que el Acto de Cuidado Humanizado se haga vivencial en la experiencia personal del estudiante como cuidador: consigo mismo, su familia y su entorno.
- ☺ Las claves para que el estudiante asuma de manera consciente el

Cuidado Humanizado deben ser analizadas y enriquecidas por estudiantes y docentes, y en ellas resignificar el Acto de Cuidado como un mecanismo de resistencia ante la adversidad.

- ☺ Se recomienda contrastar los resultados de este proceso investigativo con la construcción de Cuidado Humanizado desarrollada en el nuevo currículo.

*“El hombre cambia por las acciones que él mismo proyecta y ejecuta”  
(Rafael Flórez)*



## BIBLIOGRAFÍA

ÁLVAREZ, Rafael. Educación para la Salud. Editorial Manual Moderno. México: 1995.

BELTRÁN, Elizabeth. Dimensiones del Cuidado. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: 1998.

BRAVO MOLINA, Carlos. El concepto de Formación Pedagógica: Tradición y Modernidad. Medellín: 2001.

BOYLE, Joyceen. Asuntos Críticos en los métodos de la investigación cualitativa: Estilos de etnografía.

CASTRILLON, María Consuelo. La dimensión social de la práctica de la Enfermería. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín, 1997.

CHAVARRO, Claudia. Naturaleza del cuidado humano y valores de cuidado en Enfermería. Bogotá: 1988.

DÍAZ, Mario. Pedagogía, Discurso y Poder. Editorial Mc Graw Hill. Bogotá: 1990.

DURÁN, Maria Mercedes. El cuidado pilar fundamental de Enfermería. Congreso de actualización de Enfermería. Bogotá: 1962.

FREIRE, Pablo. La pedagogía del oprimido. Siglo XXI editores, edición No. 37, tierra nueva, Montevideo, Uruguay.

GUTIÉRREZ, Fabio. Formación Pedagógica: Un reto para el futuro. Medellín: 1999.

Ley 911 de 2004 "Responsabilidades deontológicas para la profesión de Enfermería"

MARRINER, Ann. Modelos y teorías de Enfermería. Ediciones rol SA. Barcelona: 1989.

MENGO, Isabel. El discurso como interacción social. En: Aproximaciones multidisciplinares. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina: 2000.

MORSE, Janice. Asuntos críticos de los métodos de investigación cualitativa. Editorial Universidad de Antioquia. Antioquia: 2003.

PEREIRA RAMOS, Arthur. Etnografía e investigación. Ediciones Panamericana. Brasil: 1996.

PULIDO, Socorro. Conceptualización de la práctica de Enfermería. Universidad de Antioquia: 1993.

RÍOS, Clara Inés. Interpretaciones históricas del Humanismo. Bogotá: 1998.

RODRÍGUEZ, Alberto. Educación: Una mirada crítica. Editorial Manual Moderno. España: 2000.

ROMERO, Maria Nubia. Modelos Pedagógicos en Enfermería: Una proyección del papel histórico de la Mujer en la sociedad. Tunja: 1991. Trabajo de investigación, año sabático.

ROMERO, María Nubia. Resistencia en la adversidad: Cuatro compromisos desde la docencia. XVI Congreso ANEC. Medellín: 2005.

SÁNCHEZ, Beatriz. Cuidado y práctica de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá. 1999.

SÁNCHEZ, Fernando. Una aproximación hacia la conciencia. Editorial Mc Graw Hill. España: 2001.

STRAUSS, ANSELM Y CORBIN, JULIET. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia. Primera edición en español, Medellín 2002.

TRAVELBEE, Joyce. Retomada por Ann Marriner. En: Modelos y teorías en Enfermería. España: 1989.

VALLEJO RICO, Astrid Helena. Políticas públicas: Impacto de la reforma a los servicios de Salud, retos y perspectivas para el futuro de Colombia. XVI Congreso ANEC. Medellín: 2005.

VANEGAS, Laura. La gestión de los servicios de Salud. Ediciones Díaz de Santos SA. Madrid: 1996.

VELAZCO, Lisbe Beatriz. Hermenéutica del Discurso Pedagógico. En: El Discurso en el Aula. Medellín: 2006.

VILLADA, Diego. Artículo “La hermenéutica y la investigación participativa como estrategia para el desarrollo educativo y comunitario”. Revista Facultad de Enfermería. Universidad de Caldas.

WATSON, Jean. Naturaleza del cuidado humano y valores de cuidado en Enfermería. España: 1990.

## ANEXO I

### GLOSARIO

- ☺ **Código Sustantivo:** O unidad de análisis, es un fragmento textual de los datos emergentes que representa un aparte significativo para el estudio.
  
- ☺ **Código Interpretativo:** Concepto que rehace el texto sustantivo a la luz de la interpretación de las investigadoras sin perder el sentido y significado de la emergencia. Define el cuerpo de la categoría y aunque surge de lo sustantivo, no son sus palabras.
  
- ☺ **Subcategoría:** Concepto que pertenece a una categoría, otorgándole claridad y especificidad.
  
- ☺ **Categoría Deductiva:** Concepto lógico fundamentado que refleja los vínculos y las conexiones más generales y sustanciales de la realidad.
  
- ☺ **Categoría Emergente:** Concepto central que enmarca la construcción final de las relaciones conceptuales.
  
- ☺ **Codificación:** Proceso analítico por medio del cual se fragmentan, conceptualizan e integran los datos para formar una categoría.
  
- ☺ **Codificación Abierta:** Proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren las propiedades y dimensiones de los datos emergentes.
  
- ☺ **Codificación Axial:** Proceso de relación de categorías y subcategorías, denominada “axial” porque la codificación ocurre alrededor del eje de una categoría y enlaza las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones.
  
- ☺ **Ordenamiento Conceptual:** Organización de los datos en categorías según sus propiedades y dimensiones.

- ☺ **Saturación teórica:** Punto en la construcción de categorías en la cual no emergen propiedades, dimensiones o relaciones nuevas durante el análisis.
  
- ☺ **Diagrama:** Mecanismo visual que dibuja y esquematiza las relaciones entre conceptos.
  
- ☺ **Análisis de Contenido:** Proceso que le permite al investigador hacer inferencias a partir de los datos de texto.
  
- ☺ **Memorandos:** Registros escritos utilizados como fuente de información, que le permiten al investigador analizar pensamientos, interpretaciones, preguntas e instrucciones para la recolección adicional de datos.

\* Conceptos retomados de STRAUSS, Anselm Y CORBIN, Juliet. En: Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia. Primera edición en español, Medellín: 2002.

## ANEXO II

### CONVENCIONES

Para comprender el proceso de sistematización de datos emergentes, a continuación describiremos los códigos utilizados y su significado en relación con los procesos de transcripción y codificaciones abierta y axial.

*En relación con la transcripción de Observaciones y Entrevistas:*

Pausas ☹️

Sube tono de la voz ↑

Baja tono de la voz ↓

Silencios 🤫

Acelera la conversación →

Desacelera la conversación 🚲

Sonríe 😊

Expresiones de tristeza ☹️

*En relación con el proceso de Codificación Abierta de Observaciones:*

OAN<sup>o</sup> - HN<sup>o</sup>: Asignado a los códigos sustantivos de las observaciones

OAN<sup>o</sup>: Las letras OA significan observaciones en aulas de clase, el número adjunto indica el orden secuencial en el que se realizaron las observaciones.

Ejemplo: OA2 corresponde a la observación 2 en aulas de clase

HN<sup>o</sup>: La letra H significa humanización y el número adjunto corresponde al orden de los códigos sustantivos que emergieron secuencialmente de la observación. Ejemplo: H5 corresponde al código sustantivo número 5.

Es así, que OA2-H5 es el código sustantivo 5 de la observación 2.

*En relación con el proceso de Codificación Abierta de Entrevistas:*

La codificación asignada a los códigos sustantivos contiene los siguientes elementos:

EEN<sup>o</sup>: Las letras EE significan entrevistas a estudiantes, el número adjunto indica el orden secuencial en el que se realizaron las entrevistas. Ejemplo: EE1 corresponde a la entrevista de estudiantes 1.

EDN<sup>o</sup>: Las letras ED significan entrevistas a docentes, el número adjunto indica el orden secuencial en el que se realizaron las entrevistas. Ejemplo: ED2 corresponde a la entrevista de docentes 2.

CN<sup>o</sup>: La letra C significa cuidado, el número adjunto corresponde al orden secuencial de las preguntas en las que se desarrolló la entrevista semiestructurada. Ejemplo: C5 corresponde a la quinta pregunta.

Letra: Fue asignada alfabéticamente e indica el orden de los códigos sustantivos emergentes. Es secuencial a cada pregunta, es decir la pregunta C1 con 4 códigos sustantivos, se numera hasta de la letra A a D y la pregunta C2 con 3 códigos sustantivos se numera nuevamente de la letra A a la C.

Es así, que EE1-C5-J, corresponde al código sustantivo J de la pregunta número 5 de la entrevista a estudiantes 1.

*En relación al proceso de Codificación Axial se utilizaron los siguientes símbolos:*

CN<sup>o</sup>- SCN<sup>o</sup>: Código asignado a las subcategorías

CN<sup>o</sup>: La letra C indica categoría, el número adjunto fue asignado secuencial y jerárquicamente de acuerdo a la manera como fueron abordadas las categorías desde los diagramas propuestos. Ejemplo: C3 corresponde a la categoría 3.

SCNº: La letra SC indica subcategoría y el número adjunto corresponde al orden secuencial y jerárquico asignado en la codificación axial. Ejemplo: SC2 indica subcategoría 2.

Es así, que C3-SC2 refleja la subcategoría 2 de la categoría 3.

CNº- CI- Letra: Código interpretativo

CI - Letra: CI indica código interpretativo, la letra adjunta fue asignada secuencial y sistemáticamente por orden alfabético. Ejemplo: CI-B corresponde al código interpretativo B.

Es así, que C3-CI-B indica código interpretativo B de la categoría 3.

CNº - SCN - CI - Letra: Asignado a los códigos sustantivos que a su vez hacen parte de una subcategoría. Ejemplo: C3-SC2-CI-B corresponde al código interpretativo B de la subcategoría 2 de la categoría 1.

*En relación a la descripción, análisis e interpretación de Categorías:*

Categorías: **FRASES ESCRITAS EN MAYÚSCULA Y EN NEGRITA**

Subcategorías: Frases escritas con subrayado

Códigos interpretativos: *Frases escritas en cursiva*

Códigos sustantivos: "Frases escritas entre comillas"



## ANEXO VI

### MEMORANDOS

Registros escritos de análisis que permitieron confrontar la percepción de las investigadoras con los datos emergentes. Fueron estructurados de acuerdo al tipo de memorando (notas de codificación, teóricas u operacionales), fecha, código de referencia y página.

*Ejemplos:*

Fecha: 16 Marzo/ 2006  
Referencia: EE1

*Nota de Codificación*

1. El cuidado de Enfermería se origina a partir de lo que hace parte del interior del cuidador, es el reflejo de su ser humano (Retomado de categorización EE1, código interpretativo, p. 1)

*Nota teórica*

2. El estudiante expresa un alto grado de sensibilidad frente a los aspectos que componen el acto de cuidado, ya que añade al ser, saber y quehacer “el sentir” (Retomado de entrevista EE1, p. 7)

*Nota operacional (recordatoria)*

3. La sensibilidad del profesional de Enfermería se relaciona con el grado en que el cuidador se involucre con el sujeto cuidado (Retomado de entrevista EE1, p. 8)

## ANEXO VII

### CONSENTIMIENTO INFORMADO OBSERVACIONES

#### CARTA DE PRESENTACIÓN Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO <sup>154</sup>

**TEMA DEL ESTUDIO:** Significado del Discurso de Cuidado del docente en la formación del estudiante frente al Acto de Cuidado Humanizado.

**INVESTIGADORAS RESPONSABLES:** Ludy Ibone Gutiérrez y Sandra Milena Hernández.

**DIRECTORA DE LA INVESTIGACIÓN:** Maria Nubia Romero, docente titular de la escuela de Enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, UPTC.

El objetivo central de éste estudio describir las manifestaciones del discurso de Cuidado del docente en el proceso de formación profesional de Enfermería, para comprender cómo logra construir en el estudiante el Acto de Cuidado Humanizado.

Respetada (o) docente y colega: A partir de sus experiencias de vida académica en las aulas de clase, usted podrá ayudarnos a comprender con mayor claridad la situación planteada.

Su participación consistirá en permitir que las estudiantes investigadoras realicen observaciones en las aulas de clase, estas observaciones se harán en un encuentro acordado con anterioridad. La confidencialidad de los datos incluye el anonimato, que se asegura porque utilizaremos codificación en lugar de nombres; dichas observaciones se realizarán con el único fin de alcanzar los objetivos propuestos.

Su colaboración en esta investigación es voluntaria, no existe ningún riesgo en la participación en el estudio, a no ser que considere incómodo permitir una observación de su experiencia académica. Usted no obtendrá beneficio económico por su participación; el beneficio será personal – profesional – académico por la oportunidad de reflexionar sobre su experiencia como docente y quizá replantear aspectos que le permitan transmitir el acto de cuidado de Enfermería que desea.

#### CONSENTIMIENTO DEL DOCENTE DE ENFERMERÍA

Yo \_\_\_\_\_ declaro haber leído la carta de participación en el estudio, comprendo la naturaleza, el objetivo y los beneficios de ésta investigación y soy consciente de los aportes de mi participación. En consecuencia acepto de manera libre y voluntaria participar

---

<sup>154</sup> Modelo tomado de HEIERLE, Cristina. Cuidando entre cuidadores: Intercambio de apoyo a la familia. Fundación Index. Primera Edición. 2004. Anexo b. Pág. 145 – 146.

en ésta investigación y doy mi consentimiento para que sean grabadas las entrevistas.

FIRMAS

\_\_\_\_\_  
Docente de Enfermería  
Hernández

\_\_\_\_\_  
Ludy Gutiérrez y Sandra

## ANEXO VIII

### CONSENTIMIENTO INFORMADO ENTREVISTAS

#### CARTA DE PRESENTACIÓN Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO <sup>155</sup>

**TEMA DEL ESTUDIO:** Significado del Discurso de Cuidado del docente en la formación del estudiante frente al Acto de Cuidado Humanizado.

**INVESTIGADORAS RESPONSABLES:** Ludy Ibone Gutiérrez y Sandra Milena Hernández.

**DIRECTORA DE LA INVESTIGACIÓN:** Maria Nubia Romero, docente titular de la escuela de Enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, UPTC.

El objetivo central de éste estudio describir las manifestaciones del discurso de Cuidado del docente en el proceso de formación profesional de Enfermería, para comprender cómo logra construir en el estudiante el Acto de Cuidado Humanizado.

Respetado docente y colega: A partir de sus experiencias de vida académica, usted podrá ayudarnos a comprender con mayor claridad la situación planteada.

Su participación consistirá en responder preguntas sobre sus vivencias como docente de Enfermería en las aulas de clase y los campos de práctica, éstas preguntas se harán en un encuentro acordado con anterioridad. Las entrevistas serán grabadas en un cassette, si usted lo permite. La confidencialidad de los datos incluyendo el anonimato, se asegura porque utilizaremos codificación en lugar de nombres; dichas grabaciones se utilizarán con el único fin de alcanzar los objetivos propuestos.

Su colaboración en esta investigación es voluntaria, no existe ningún riesgo en la participación en el estudio, a no ser que considere incómodo hablar de su experiencia personal. Usted no obtendrá beneficio económico por su participación; el beneficio será personal – profesional por la oportunidad de reflexionar sobre su experiencia como docente y quizá replantear aspectos que le permitan transmitir el acto de cuidado de Enfermería que desea.

#### CONSENTIMIENTO DEL DOCENTE DE ENFERMERÍA

Yo \_\_\_\_\_ declaro haber leído la carta de participación en el estudio, comprendo la naturaleza, el objetivo y los beneficios de ésta investigación y soy consciente de los aportes de mi participación. En consecuencia acepto de manera libre y voluntaria participar

---

<sup>155</sup> Modelo tomado de HEIERLE, Cristina. Cuidando entre cuidadores: Intercambio de apoyo a la familia. Fundación Index. Primera Edición. 2004. Anexo b. Pág. 145 – 146.

en ésta investigación y doy mi consentimiento para que sean grabadas las entrevistas.

FIRMAS

\_\_\_\_\_  
Docente de Enfermería  
Hernández

\_\_\_\_\_  
Ludy Gutiérrez y Sandra

**ANEXO IX**  
**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA ESTUDIANTES**

Semestre \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Tiempo que lleva en la carrera \_\_\_\_\_

*Objetivo: Sostener un diálogo comprensivo sobre el papel que juega el discurso del maestro en la formación del acto de cuidado de Enfermería.*

- Cuénteme, ¿qué sabe usted de la esencia de Enfermería?
- ¿Cuál considera que es el tipo de cuidado que más fortalecen las docentes en el proceso de formación?, hábleme de él.
- Díganos cómo entiende el cuidado, cómo lo expresa y cómo lo vive.
- ¿Recuerda algunos mensajes de cuidado que el docente emite durante su discurso académico?, cuéntenos algunas frases, palabras, reflexiones o anécdotas.
- ¿Cómo son las manifestaciones (actitudes, frases, expresiones) del maestro en el campo de práctica frente al acto de cuidado?
- ¿Qué tipo de cuidado se promueve en el discurso académico para la comunidad?
- Respecto al acto de cuidado de Enfermería que transmiten sus docentes en el discurso académico y la práctica clínica, ¿qué aspectos comparte con sus docentes?, ¿cuáles no?
- Las condiciones actuales de los campos de práctica ¿garantizan un cuidado humanizado o son desfavorables para ofrecerlo?
- ¿Qué anécdotas que recuerde en el quehacer de Enfermería, no favorecen el acto de cuidado?
- Usted cree que la forma como las enfermeras (os) de asistencia ejercen el cuidado actualmente bajo las condiciones de reforma que ha tenido el sector salud, ¿es un referente de cuidado humanizado?
- ¿Cuál considera que sería la clave para que el estudiante haga conciencia del cuidado humanizado y lo pueda ofrecer?

*Gracias por su colaboración y sinceridad en las respuestas*

**ANEXO X**  
**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA ED1**

Edad \_\_\_\_\_ Tiempo que lleva en la docencia \_\_\_\_\_  
Género \_\_\_\_\_

*Objetivo: Sostener un diálogo comprensivo sobre el papel que juega el discurso del maestro en la formación del acto de cuidado de Enfermería.*

- Cuénteme, ¿usted cómo conceptualiza el cuidado?
  
- Si el cuidado es la esencia de la Enfermería ¿Cuál considera qué es el tipo de cuidado que más fortalece en el proceso de formación?, hábleme de él.
  
- ¿Por qué el discurso sobre el Cuidado está centrado en el proceso fisiopatológico?
  
- ¿Qué opina del siguiente mensaje sobre Cuidado?: “Los síntomas y características de la patología nos sirven para entender al sujeto, para orientar las acciones de cuidado”
  
- Cuando se dice “En el acto de Enfermería **darle lo mejor** al paciente, esa es nuestra **meta**” considera usted que al decir “darle lo mejor”, ¿el estudiante asimila y comprende el mensaje de cuidado humanizado?
  
- ¿Recuerda algunos mensajes de cuidado que emite durante su discurso académico?, cuéntenos algunas frases, palabras, reflexiones o anécdotas.
  
- En las actuales condiciones de los campos de práctica ¿en qué procesos o actividades está centrado el ejercicio de Enfermería?... entonces ¿qué tipo de cuidado se está enseñando?

*Gracias por su colaboración y sinceridad en las respuestas*

**ANEXO XI**  
**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA ED2**

Edad \_\_\_\_\_

Tiempo que lleva en la docencia \_\_\_\_\_

*Objetivo: Sostener un diálogo comprensivo sobre el papel que juega el discurso del maestro en la formación del acto de cuidado de Enfermería.*

- Cuénteme, ¿usted cómo conceptualiza el cuidado?
  
- Si el cuidado es la esencia de la enfermería ¿Cuál considera qué es el tipo de cuidado que más fortalece en el proceso de formación?, hábleme de él.
  
- ¿Qué connotación tiene para usted como docente dentro del acto de cuidado, ver al estudiante como persona?
  
- ¿Qué opina del siguiente mensaje sobre Cuidado?: “Todos los seres humanos tenemos esferas biopsicosociales, no nos preocupemos solamente por la parte biológica”
  
- Cuando expresa “El cuidado a los abuelos que debemos aprender, no es de discurso sino de vivencias personales, desde la familia se debe aprender”, ¿considera que el discurso académico de cuidado al adulto mayor no influye en el acto de Cuidado del estudiante?
  
- ¿Recuerda algunos mensajes de cuidado que emite durante su discurso académico?, cuéntenos algunas frases, palabras, reflexiones o anécdotas. ¿Considera que esos mensajes motivan al estudiante a brindar Cuidado Humanizado?
  
- En las actuales condiciones de los campos de práctica y a nivel comunitario específicamente ¿en qué procesos o actividades está centrado el ejercicio de Enfermería?... entonces ¿qué tipo de cuidado se está enseñando?

*Gracias por su colaboración y sinceridad en las respuestas*



**ANEXO XII**  
**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA ED3**

Edad \_\_\_\_\_ Tiempo que lleva en la docencia \_\_\_\_\_

*Objetivo: Sostener un diálogo comprensivo sobre el papel que juega el discurso del maestro en la formación del acto de cuidado de Enfermería.*

- Cuénteme, ¿usted cómo conceptualiza el cuidado?
  
- Si el cuidado es la esencia de la Enfermería ¿Cuál considera que es el tipo de cuidado que más fortalece en el proceso de formación?, hábleme de él.
  
- ¿Recuerda algunos mensajes de cuidado que emite durante su discurso académico?, cuéntenos algunas frases, palabras, reflexiones o anécdotas.
  
- ¿Por qué el discurso de Cuidado está centrado en la dimensión psicológica del sujeto? ¿Por qué aborda la dimensión sexual?
  
- En las actuales condiciones de los campos de práctica ¿en qué procesos o actividades está centrado el ejercicio de Enfermería?... entonces ¿qué tipo de cuidado se está enseñando?
  
- ¿Cómo conceptualiza el Cuidado humanizado?
  
- ¿Cuál considera que es la clave para que el estudiante haga conciencia del cuidado humanizado y lo pueda ofrecer?

*Gracias por su colaboración y sinceridad en las respuestas*