



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

**Cómo citar este documento**

Lara Pizarro, Carmen Olivia; Moriel Corral, Bernardina Leticia; Pizarro, Norma; González Carrillo, Eliazar. Modelo Innovador: Educación para la Integración y Desarrollo de Habilidades de Cuidado de los Estudiantes de Enfermería. Biblioteca Lascasas, 2015; 11(2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0827.php>



*UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA*  
*FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRIOLOGÍA*

## **SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**

### **TESIS**

**“Modelo Innovador:  
Educación para la Integración  
y Desarrollo de Habilidades de Cuidado  
de los Estudiantes de Enfermería”**

**Presenta:**

**L.E. Carmen Olivia Lara Pizarro  
Como requisito para obtener el grado de**

**MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

**Directora:**

**Dra. Leticia Moriel Corral**

**Diciembre 2013**

**“Modelo Innovador: Educación para la Integración y  
Desarrollo de Habilidades de Cuidado de los Estudiantes de  
Enfermería”**

**Liberación de tesis**

---

**Dra. Ed. B. Leticia Moriel Corral  
Directora**

---

**M.E. Norma Pizarro  
Asesora**

---

**M.E. Eliazar González Carrillo  
Revisora**

---

**M.A. Juan Manuel Barroso González  
Secretario de Investigación y Posgrado**

## **AGRADECIMIENTOS**

La autora expresa sus sinceros agradecimientos a:

La Universidad Autónoma de Chihuahua, en especial a la Facultad de Enfermería y Nutriología por haberme acogido nuevamente y darme la oportunidad de crecer como ser humano y como profesional.

A la Dra. Leticia Moriel Corral directora de tesis por su orientación, apoyo, comprensión y ayuda a lo largo de esta gran experiencia.

A todos los docentes que durante esta maestría nos compartieron sus conocimientos y nos permitieron tener otra visión del mundo y de la profesión.

Y no me puedo olvidar de darles las gracias a todos y cada uno de las estudiantes que de manera anónima y totalmente voluntaria contestaron las entrevistas y me compartieron sus experiencias. Ya que sin su ayuda no se hubiese podido realizar este trabajo.

A todas las personas que fueron parte de mi familia el tiempo que pase en la preciosa ciudad de Granada, España. Para complementar mi formación profesional, en especial al presidente de la Fundación Índex, Dr. Manuel Amezcua Martínez, por su sencillez como ser humano.

A María González por las flores y saladillas que dan vida en la Fundación Índex y a mi amiga Sandra Milena que desde mi llegada me regalo la mejor de sus sonrisas.

**GRACIAS**

## **DEDICATORIA**

Mi proyecto final de la maestría de Enfermería se lo quiero dedicar a mi familia.

A mis padres J. Guadalupe Lara que aunque ya no esta conmigo fue ejemplo de bondad y superación, a mi madre Concepción Pizarro que me da la oportunidad de aprender y desempeñar el papel de hija, porque sin duda gracias a ellos soy lo que soy en este momento.

A mi esposo Félix Rojas por su amor, cuidado, compromiso y estar a mi lado en cada momento, siempre mostrarme apoyo en los malos o buenos momentos a lo largo de la realización de este trabajo tan importante personal y profesionalmente.

A mis hijos Paco, Diana y Luis que son y han sido mi fuerza para continuar en todo momento, a Isaac y Abril que agradezco por dejarme compartir la vida juntos.

Para todos y cada uno de ellos vaya mi más sincero cariño y afecto.

**MUCHAS GRACIAS, LOS QUIERO MUCHO.**

## ÍNDICE

Agradecimientos.....	I
Dedicatoria.....	II
Resumen.....	III
Abstract.....	IV
1.-Introducción.....	8
2.-Metodología.....	11
3.-Acercamiento a la realidad.....	16
3.1.-Conceptualización del cuidado.....	18
3.2.-Socialización del cuidado.....	24
3.3.-Percepción del cuidado.....	29
3.4.-Práctica del cuidado.....	30
3.5.-Integración del cuidado.....	32
4.- Marco teórico referencial.....	33
5.-Propuesta de Modelo .....	37
5.1.-Justificación.....	38
5.2.-Objetivos.....	39
5.3.-Esquema del modelo.....	40
5.4.-Descripción del esquema del modelo.....	41
5.5.-Conceptualización de los elementos del modelo.....	43
5.6.-Estrategias para la implementación del modelo.....	48

5.7.-Evaluación integral del modelo.....	50
6.-Consideraciones éticas.....	51
7.-Consideraciones finales.....	52
8.-Referencias bibliográficas.....	53

## RESUMEN

El presente modelo, devela los valores necesarios para desarrollar habilidades de cuidado en la práctica de enfermería, por lo que este trabajo tiene como objetivo plantear los elementos básicos que integran y desarrollan habilidades de cuidado en los estudiantes de enfermería; como el conocimiento, la reflexión, el juicio clínico, la intuición, la comunicación para transitar de un saber teórico a un conocimiento práctico que permiten el análisis complejo de las situaciones de cuidado. Para desarrollar este modelo se utilizaron las aportaciones de la Dra. Patricia Benner (1984) y algunos conceptos de la Teoría Social Cognitiva propuesta por el Dr. Albert Bandura (1997) elementos básicos y comunes de este modelo.

Es un estudio de corte cualitativo en el que se ha empleado el método etnográfico para acercarse a la realidad de la práctica enfermera. Se recogieron datos a través de observación participante a veintiocho estudiantes de diferentes niveles de práctica. Se emplearon otras estrategias de generación de información como son las entrevistas en profundidad y diarios de campo.

El análisis de los datos se ha realizado con técnicas de la teoría fundamentada, donde se encontró cómo es la conceptualización, socialización, percepción, práctica e integración del cuidado para los estudiantes de enfermería, que continúan repitiendo conductas de esa cultura sanitaria en donde aprenden.

Se realiza la propuesta de un Modelo de Integración y Desarrollo de Habilidades de Cuidado de los Estudiantes, que transformará la práctica del cuidado, la formación y disciplina enfermera y por lo tanto nuestro sistema de salud imperante.



## SUMMARY

This model reveals the necessary values to develop care skills in the nursing practice, so this work aims to present the basic elements that integrate and develop care skills in the nursing students; as knowledge, reflection, the clinical judgment, intuition, and the communication. For move from a theorist knowledge to a practice knowledge that allow the complex analysis of care situations. To develop this model were used the contributions of Dr. Patricia Benner (1984) and some concepts of the Social Cognitive Theory proposed by Dr. Albert Bandura (1997) as basic and common elements of this model.

Is a qualitative study in which the ethnographic method has been used to bring the reality of the nurse practice. Data were collected through participant observation of twenty-eight students of different practice levels. Were employed other strategies of information generation as they are in-depth interviews and field notes.

The analysis of data has been performed with techniques of the grounded theory, where it was found how it is the conceptualization, socialization, perception, practice and integration of care for the nursing students that continue repeating behaviors of that sanitary culture where they learn.

Is performed a proposed model of integration and development of care skills of the students, that will transform the practice of care, nurse training and discipline, therefore, the prevailing health system.

## INTRODUCCIÓN

El presente modelo, devela los valores necesarios para desarrollar habilidades de cuidado en la práctica de enfermería, por lo que éste trabajo tiene como objetivo, plantear los elementos básicos que integran y desarrollan habilidades de cuidado en los estudiantes de enfermería; como el conocimiento, la reflexión, el juicio clínico, la intuición, la comunicación para transitar de un saber teórico a un conocimiento práctico que permiten el análisis complejo de las situaciones de cuidado.

Para desarrollar este modelo se utilizaron las aportaciones de la Dra. Patricia Benner (1984) y algunos conceptos de la Teoría Social Cognitiva propuesta por el Dr. Albert Bandura (1997) elementos básicos y comunes de este modelo.

La importancia de la práctica en toda profesión, coincide de manera precisa con una definición de lo que es una carrera profesional, entendida como el dominio de un lenguaje para desarrollar la capacidad de identificar, anticipar y resolver problemas en el mundo real donde se desempeña dicha profesión.

Existe una relación directa e inmediata entre el binomio teoría/práctica y es una cuestión que está siendo ampliamente debatida en la actualidad como punto de referencia para situar a la Enfermería epistemológicamente (Zabalegui, 2003; Rivas, 2008)

Diferentes autoras plantean la función enfermera desde la dimensión ética de su práctica (Torralba i Roselló, 1999). La enfermería como práctica moral, Gândara (2008) afirma que *“el cuidado de enfermería es una actividad humana que comporta en una dimensión ética que se revela en la intención del cuidado”*.

Entre las razones que más frecuentemente se argumentan para explicar la dificultad para integrar la teoría en la práctica enfermera, destaca el hecho de que

durante mucho tiempo haya prevalecido una visión biologicista y médica sobre todo lo relacionado con la salud, la enfermedad y la persona que vive diferentes circunstancias por estos estados, en el sentido desarrollado por Martínez (1993) y del Pino (2004). Por otra parte, se apunta la gran variedad de los modelos de cuidado existentes. Aunque quizá la última razón del divorcio entre la práctica y la teoría esté en la indefinición del rol profesional, tal y como parece ponerse de manifiesto en diferentes estudios, ya que desde siempre existe una cierta confusión sobre la aportación específica de la enfermería a la sociedad (Vázquez, 1990). Por lo que surgen la interrogante de:

¿Cómo vincular la teoría y la práctica del cuidado, en el siglo XXI? ¿Cómo se socializa el cuidado en la práctica de enfermería? ¿Cómo aprenden a cuidar los estudiantes de enfermería?

Razón por la que se construye un modelo para que los estudiantes de enfermería adquieran y desarrollen habilidades de cuidado y puedan integrar el cuidado en su práctica clínica.

El trabajo que se presenta a continuación, es un estudio de corte cualitativo en el que se ha empleado un método etnográfico con el propósito de acercarnos al elemento fundamental de la profesión enfermera, el cuidado. Más concretamente, pretende una aproximación entre la teoría y la práctica del cuidado.

Este documento consta del acercamiento a la realidad, donde se exponen brevemente las categorías fundamentales para situar en el contexto y la necesidad de crear un nuevo modelo para los estudiantes de enfermería.

Se ha llevado a cabo en un contexto donde los estudiantes de enfermería desarrollan sus prácticas tanto en el área clínica como de formación.

Se recogieron datos a través de observación participante, como entrevistas y se emplearon otras estrategias de generación de información como son las entrevistas en profundidad y notas de campo.

El análisis de los datos se ha realizado con técnicas de la teoría fundamentada.

## **METODOLOGÍA**

El estudio se realizó bajo un enfoque cualitativo, que brinda un abordaje sistemático, subjetivo, y se usa para describir y dar significado a las experiencias de vida, los discursos y comportamientos.

En realidad, es más apropiado decir que la investigación cualitativa es un modo de ver la vida o de acercarse a la realidad y no un conjunto de técnicas de recoger datos (Taylor, SJ, Bogdan R. 1998).

Se realizó en tres fases que construyen el presente trabajo:

La primera fase, consiste en la realización de dos investigaciones de campo en distintos escenarios que permitieron ver el contexto y un primer acercamiento a la realidad, para lo cual se utilizaron estrategias etnográficas en la recolección de los datos (Taylor y Bogdan, 1984; Goetz y LeCompte, 1988), como la entrevista en profundidad y la observación participante (Taylor y Bogdan en 1990).

Por una parte, está lo relacionado con los contenidos que se desarrollan en forma de teoría en el aula con una finalidad explicativa, razón por lo que se realizó la observación participante en dos instituciones educativas de la ciudad de Chihuahua, con el fin de identificar cómo se conceptualiza el cuidado en los estudiantes de enfermería, por lo que se asistió a clases durante un periodo de dos semanas.

Para identificar cómo se integra un modelo de cuidado entre los profesionales de salud y los estudiantes en sus prácticas clínicas, se optó por utilizar técnicas la observación participante en una unidad hospitalaria de segundo nivel de la ciudad de Chihuahua, en donde se presentan estudiantes de diversas instituciones educativas a realizar prácticas clínicas o estancias de práctica. Se aplicaron veinte entrevistas a estudiantes de diferentes niveles de formación, se observó cómo se realiza la socialización del cuidado para que el estudiante de enfermería adquiera habilidades en sus prácticas clínicas, se tuvo como marco de referencia el modelo de la Dra. Patricia Benner( 1984)

Con el propósito de ampliar los conocimientos en cuanto a la socialización del cuidado en los espacios prácticos de los estudiantes de enfermería se realizó

un acercamiento a la realidad, donde se aplicaron las mismas estrategias etnográficas pero en escenarios diferentes. Para ello se llevó a cabo una estancia en la fundación Index que coordinó los espacios para realizar observación participante en la Junta Andaluza de Salud en la ciudad de Granada, España. Por espacio de dos meses, se realizó observación participante en un hospital de especialidad que recibe estudiantes para desarrollar sus prácticas clínicas.

Se elaboraron entrevistas en profundidad al personal de enfermería de la misma institución a los estudiantes participantes, se les solicitó que escribieran un diario de campo con estilo narrativo en el que describieran sus experiencias internas y externas durante su estancia hospitalaria.

A cada participante se le asignaron códigos de acuerdo al grado de competencia como lo realiza la Dra. Benner en su modelo de adquisición de habilidades:

Los estudiantes sin experiencia en la clínica son “Principiantes”

Los que asumen más responsabilidades en la práctica; “Principiante avanzado”

Los que ya terminaron sus estudios o desempeñan su servicio social; “Competentes”

Las categorías de Eficaz y Experto fueron utilizadas para enfermeras.

Al mismo tiempo que para diferenciar las entrevistas, se anexo a los códigos el número de entrevista como -Participante E-1 o en su caso DC de diario de campo para de esta manera proteger los derechos de privacidad de los participantes y fueron seleccionados de forma intencional.

El escenario principal en el que se centra el guión de la experiencia narrada es el hospital, concretamente, el conjunto de centros de internamiento del sistema sanitario público ubicados en la ciudad de Chihuahua y en la ciudad de Granada. Los participantes realizaron prácticas en varias unidades de hospitalización como Materno-Infantil, Médico-quirúrgico, Pediatría y Urología.

Para la interpretación y análisis de los datos, se desarrollaron técnicas de la teoría fundamentada, como una de las metodologías cualitativas con reconocido rigor científico la cual permite contextualizar el cuidado.

El proceso analítico pretende la búsqueda del sentido, para ello se procedió a descomponer las narraciones de cada participante en fragmentos menores de significado y éstos en proposiciones finalmente reducidas a categoría de síntesis.

Desde un punto de vista descriptivo-cronológico, se procedió en dos fases, una general y otra específica. La general o de descubrimiento incluyó dos etapas con base en Taylor y Bogdan, 1984; Amezcua y Gálvez, 2002.

Se contextualizaron los apuntes del diario de campo, resultado de la primera observación participante, con el fin de elaborar una triangulación de los datos, se analizaron las entrevistas que ofrecen un acercamiento a la realidad, que se explica en cinco grandes categorías; el cómo conceptualiza el estudiante el cuidado; cómo se lleva al cabo la socialización del cuidado; cómo percibe el cuidado; la práctica del cuidado y finalmente cómo integra el estudiante el cuidado en su entrada en el campo hospitalario y en la realidad de la práctica de enfermería.

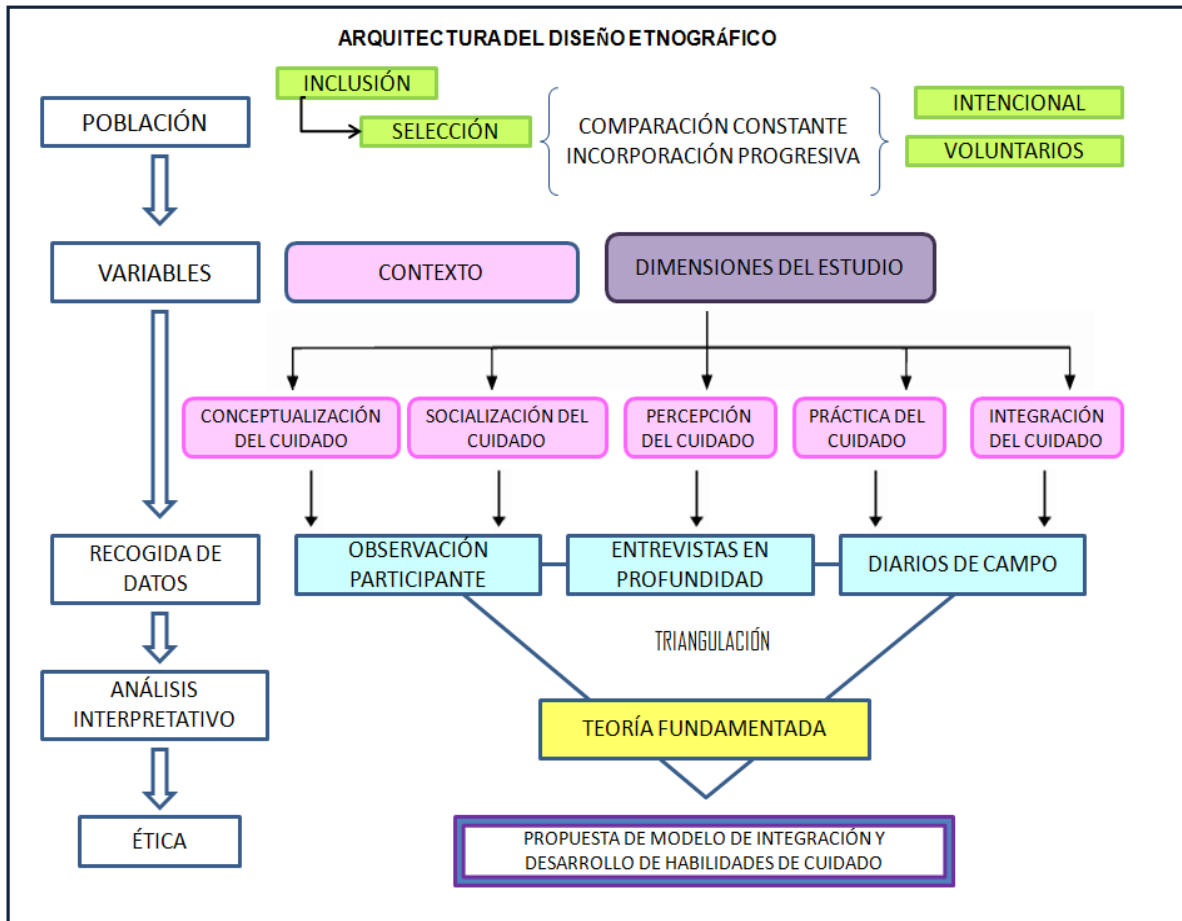
El análisis de estos temas se realizó con técnicas de la teoría fundamentada como herramienta de análisis de datos.

La tercera fase, consiste en la elaboración de un modelo innovador para la integración y el desarrollo de habilidades de cuidado de los estudiantes de enfermería en su formación teórica y práctica.

Es importante mencionar que en este estudio prevaleció el criterio de respeto a la dignidad y a la protección de los derechos humanos de las personas que participaron, como lo establece el artículo 13 del Reglamento General de Salud en Materia de Investigación. Se contó con la participación voluntaria y se firmo un consentimiento informado de cada participante como lo establece el artículo 14 del Reglamento General de Salud en materia de investigación.

A continuación se describe la metodología, en un esquema de arquitectura etnográfica que fue construido durante la ejecución de la investigación.

(Figura 1)



Arquitectura del diseño etnográfico

Esquema metodológico donde se detalla que la selección de participantes fue de forma intencionada, donde se realizó una comparación constante e incorporación progresiva para alcanzar la saturación de los datos.

Se realizó en el primer acercamiento a la realidad en la búsqueda del modelo prevalente de cuidado, una dimensión del estudio que se divide para su análisis en cinco categorías principales como son: Conceptualización del cuidado, Socialización del cuidado, Percepción del cuidado, Práctica del cuidado e Integración del cuidado.

Los datos se recogieron utilizando técnicas de la investigación cualitativa, como la observación participante y las entrevistas a profundidad, así como la elaboración de diarios de campo, para el análisis interpretativo de los se utilizaron técnicas de la teoría fundamentada.

En todo momento se tomo en cuenta los criterios éticos para la realización del presente proyecto, finalmente se presenta una propuesta de Modelo para la Integración y Desarrollo de Habilidades de Cuidado de los Estudiantes de Enfermería.



## ACERCAMIENTO A LA REALIDAD

Con el objeto de identificar el modelo prevalente de cuidado y la integración de la teoría y la práctica clínica, se observó cómo se integra el estudiante de enfermería al ámbito clínico para adquirir habilidades según el modelo de la Dra. Patricia Benner en el que afirma que los conocimientos adquieren significado en las actuaciones reales, en la aplicación de un saber teórico para transformarlo en conocimiento práctico, influenciados por la cultura sanitaria. Ello quiere decir que características tradicionales de ésta, como son el modelo biomédico y la asimetría en las relaciones, que siguen estando vigentes, lo que mediatiza la consideración de la persona y la práctica enfermera. Cachón (2007).

En nuestro entorno parece existir una distancia entre el conocimiento adquirido en el periodo de formación y su posterior aplicación en el ejercicio profesional. Entre las causas de esta ausencia de relación pueden estar la diversidad de modelos de cuidados existente (Fernández, 1997) y el hecho de ser estructuras teóricas construidas empíricamente en realidades diferentes, lo que pudiera conferirles perspectivas ideológicas o de racionalidad sobre el cuidado que no sean explicativos de la realidad cultural, sanitaria y social.

Desde el siglo XIX, la profesión de enfermería comienza a tener una interrelación con la práctica médica; desde este punto de la historia el cuerpo del ser humano pasó a ser objeto del médico y el ambiente del enfermo a la práctica de enfermería. A partir de allí se desarrollaron los conceptos dominantes de la disciplina: persona, entorno, salud y la disciplina de la enfermería. Es cuando las teóricas en enfermería proponen el concepto de cuidado como aquella relación existente entre el cuidador, como la persona que entrega cuidado, y la persona cuidada, componentes claves de esta interacción (Wade GH, Kasper N, 2006)

En el desarrollo de nuestra profesión existen factores relacionados con la teoría y la práctica que se revelan problemáticos y precisan ser reflexionados;

como por ejemplo, la separación crónica entre estos dos aspectos (Mejía, 2006; Silva, 2008)

Existe una separación entre conocimiento y práctica, y la realidad frente al ideal de la enfermería. En este sentido resulta imprescindible unificar la teoría y la práctica para poder fundamentar ambas en la realidad objetiva y en las evidencias científicas. En la actualidad son muchos los autores que defienden una apuesta por la práctica enfermera considerándola pieza clave junto con la teoría para el desarrollo enfermero (Suárez, 2003).

Según autores como Meleis (2000) las enfermeras y los enfermeros que ejercen en la profesión en el ámbito clínico (donde adquiere significado la relación entre la teoría y la práctica) son quienes tienen que aplicar el conocimiento contenido en estructuras teóricas en situaciones reales. Pero éstas se encuentran con dificultades por tratarse de un conocimiento que ha sido elaborado empíricamente, con marcos teóricos y teorías de referencia provenientes de otras disciplinas, como se ha apuntado anteriormente, y desde realidades distintas a la nuestra, por lo que las explicaciones teóricas no siempre facilitan la mirada y la comprensión de la propia realidad.

Actualmente, el profesional de enfermería cuenta con diferentes marcos conceptuales o modelos de cuidados, para fundamentar la práctica profesional. Estas estructuras teóricas, elaboradas a partir del año 1950, se desarrollan sobre la base de teorías provenientes de diversas disciplinas, como la Psicología, la Antropología, la Didáctica, la Sociología, entre otras; lo que le ha llevado a maneras diferentes de ver la enfermería (Monti y Tingel, 1999).

Sin embargo, no está claro cómo los estudiantes y profesionales han elaborado y asimilado el conocimiento que ofrecen los modelos teóricos, y lo que está menos claro todavía es en qué medida se aplican los conceptos desarrollados en estas estructuras en el ejercicio de la práctica enfermera, como analizan (Hernández, Fabian, A. & Navarro M.L, 2001).

Para dar contexto a la situación que viven los estudiantes en el proceso de formación y elaborar un modelo de integración y desarrollo de habilidades de cuidado, a continuación se describen las dimensiones formuladas en el estudio.

### **3.1.-Conceptualización del cuidado**

Cuidar enfermos según las definiciones castellanas hasta 1780 era un acto reflexivo de diligencia y atención centrado en la asistencia y conservación del que padece. Cuidar engloba etimológicamente al concepto de curar, ya que curar es aplicar al enfermo las medicinas convenientes por los practicantes de los oficios de medicina y cirugía. Al menos esta etimología se mantendrá en la definición de los términos curar y cuidar hasta 1791 curar como sub-categoría de cuidar. A partir de 1791 curar se hace sinónimo de sanar y la asociación entre curar y cuidar se hace más débil. Así, la medicina se dedicará a la curación y otros oficios se ocuparán del cuidado, invirtiendo poco a poco esta asociación hasta nuestros días en los que curar parece o quiere englobar al cuidar.(Galvez A, 2007)

Un enfoque de cuidado 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 donde la cultura enfermera internaliza un exceso de contradicciones que generan ambivalencia, por un lado, servilismo y obediencia y por el otro profesionalismo e independencia (Cohen, 1988) un nuevo modelo de cuidado en enfermería se hace necesario en el cuidado de las personas, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo. Es importante que las nuevas generaciones conceptualicen el cuidado y lo integren en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación como parte de su futuro como profesionales de enfermería.

El cuidado es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal, que implica un ritual y es muy importante que los estudiantes de enfermería conceptualicen desde la formación.

El cuidado profesional para Roach (1991) identifica los atributos de compasión, competencia, confianza, conciencia y compromiso que se visualizan en la actitud del cuidado, que reúne todas aquellas actividades, ideas, sentimientos, creencias y valores que estén implicadas en la satisfacción de

necesidades del ser humano, que el profesional desarrolla e integra en la práctica para garantizar la integridad y armonía de la persona que cuida.

En la actualidad persisten todavía problemas no resueltos de conceptualización de los cuidados, centrados en una mayor clarificación en la definición, delimitación e identificación de los cuidados, que nos conducen al problema de la separación teórico-práctica de la enfermería.

Es en la década de 1970, cuando las principales referentes y teóricas de enfermería dirigen sus esfuerzos a la consecución de una profesión articulada en torno a un cuerpo de conocimientos en los que basar la práctica enfermera, esto es, en la ciencia de enfermería (Marriner-Tomey, Ann; Alligood, Martha Raile. (2003) Hasta entonces el profesional de enfermería fue formado e instruido para estar cualificado (Cabrero J, 2000) en la realización de actividades y técnicas, alejadas del conocimiento científico derivado de la investigación. Se formaron en una concepción técnica y médica, salvando excepciones, su función fue la de asistir al médico ejecutando sus prescripciones, sin embargo esta es una realidad vigente como comentan:

*Principiante avanzado E-6 “La teoría ha sido buena, con muy amplia fundamentación y sobre todo excelente profundidad, sin embargo vemos que ante la sociedad actual son diferentes las demandas, tú sigues realizando órdenes médicas, incluso he sentido que conozco mucho, pero tantas cosas de esas no las he realizado hasta ahora. Pienso que es mucha la teoría si en realidad no la practicaré, porque de nada sirve tener el mayor conocimiento del mundo si nunca lo pondré en práctica”...*

En la relación del mundo académico y asistencial de enfermería ha imperado la racionalidad técnica, aplicar habilidades técnicas para la resolución de problemas instrumentales, basados en el conocimiento científico, pero carecen de racionalidad práctica reflexiva (Medina, J.L, 1999).

Considerando que el cuidado logra materializarse en el quehacer profesional y éste no puede desligarse de las condiciones laborales actuales, se ha experimentado que el ejercicio del cuidado está condicionado por las políticas que el Sistema de Salud requiere de 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 cuidado se transforma en un evento deshumanizado para el profesional de enfermería como para el sujeto de cuidado.

*Principiante avanzado E-4 “Se me facilita más la práctica, pero al realizar acciones y procedimientos como técnicas todo el día no me da tiempo de cuidar como yo quiero, a la persona”...*

*Principiante avanzado E-5 “Da un recorrido por los cuartos y luego bien para preparar medicamentos.”*

Por lo que es importante, incorporar el cuidado al ámbito institucional para su desarrollo en la práctica. En la mayoría de los aspectos, las enfermeras utilizan el modelo biomédico, situación adversa que afecta la humanización del cuidado y deja de lado la actitud de cuidar, y demuestra que no se ha podido trascender del modelo biologicista que despersonaliza y que conduce a una cultura tecnológica que corre el riesgo de disolver la práctica ancestral del cuidado en la aplicación tecnológica de tratamientos biomédicos (Medina, J.L, 1999).

*Enfermera experta DC “Yo siempre las dejo hacer lo que yo tengo que hacer, al principio solo me acompañan a realizar los procedimientos como la administración de medicamentos y ellas toman los signos vitales”...*

*Enfermera experta DC “Es muy lista esta chica por eso la dejo preparar medicamentos y administrarlo”.*

*Enfermera experta DC “Vamos a revisar indicaciones para anotarlas y mas tarde haces tus diagnóstico”.*

Por lo que es de alto interés científico comprender e identificar cómo se está forjando a los profesionales en el cuidado y cómo se aplica en la práctica, ya que se encuentra fundamentado en sus propias teorías, tecnologías y en los conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas.

*Principiante avanzado E-2 “En los hospitales por los que he pasado llevan como teorista a Virginia Henderson. Cuando uno quiere llegar a implementar los cuidados, la teoría de J. Watson y no nos dejan. Ya que tenemos que seguir su teoría. Así, que si es difícil llevar teorías diferentes”...*

*Principiante avanzado E-8... “En algunas ocasiones es difícil, pues el manejo que tiene cada hospital difiere de la teoría que obtenemos en el aula pues en ocasiones en el aula nos enseñan de una manera y la forma correcta y muchas veces la realidad en el hospital es otra”...*

La formación en enfermería tiene la característica de ser dinámica, ya que una buena parte de su aprendizaje se adquiere en la práctica clínica y en ella se producen permanentes cambios en donde cobra significado el aprendizaje constante de la práctica profesional.

Pero también en el dinamismo de la clínica, tan significativo para la formación, se pueden encontrar algunas de las explicaciones que se han puesto en evidencia anteriormente y que son causa de las diferentes concepciones de la profesión que se relacionan con distintas orientaciones, o viceversa, que van, como también se expresa en apartados anteriores, desde las concepciones tradicionales centradas en los aspectos técnicos relacionados con la enfermedad y su tratamiento, a las concepciones más actuales que sitúan el cuidado como objeto de estudio de la disciplina (Francisco, Ferrer & Benavent, 2001)

El estilo profesional del profesor, que se refleja en la relación con el estudiante, puede llegar a ser imitado por éste como profesional en su relación con las personas enfermas o necesitadas de cuidado, cuidar, como proceso enfermero, y educar, como proceso didáctico, son dos actos comunicativos y conscientes de las personas que participan en ellos, pues ambos requieren de

saberes de naturaleza intelectual, como los conocimientos tácticos y el desarrollo de habilidades personales como la comunicación y la reflexión.

Es importante que desde el proceso de formación se promueva el pensamiento crítico, la búsqueda de conocimiento y la sensibilidad del estudiante de enfermería como ser empático, que en un futuro desarrollará el cuidado en su práctica, por lo que es necesario que se realice un cambio en las estrategias de enseñanza del cuidado, ya que como se puede observar el docente no promueve la reflexión o la empatía, como en los casos de observación de la formación:

*DC.-El grupo inicia la clase encienden el cañón y apagan la luz, inician la exposición sobre una patología en el recién nacido, al finalizar nadie hace comentarios o preguntas. Enfermera docente” Pasen los que van a exponer el siguiente tema.... ¿no hay dudas verdad?”*

En ningún momento de la clase se realiza la reflexión o se busca la empatía en una situación real, solo se expone de forma rápida que no promueve en el estudiante el pensamiento crítico.

Educar en el contexto actual representa propiciar que el estudiante mantenga una estrecha relación con la sociedad, con la cultura y que desarrolle sus capacidades para saber, saber hacer, saber ser, saber convivir.

Debemos tener en cuenta desde qué plataforma se quiere educar, así como buscar nuevas y mejores alternativas que apoyen los procesos de enseñanza y aprendizaje y establecer de manera genuina una relación docente-estudiante que redunde en el desarrollo de competencias aplicables en la realidad práctica y la cultura social de las instituciones de salud actuales.

En 1990 Madeleine Leininger comento *“la noción del cuidado ha ocupado un lugar central y esencial en el discurso enfermero, que ubica el cuidado como objetivo central de la enfermería como disciplina y como práctica profesional”* Por lo que es necesaria una nueva visión de lo que significa el aprendizaje de la

profesión enfermera y como consecuencia un cambio radical en la práctica educativa. Dicha práctica en la actualidad, a decir verdad, está más centrada en el proceso y los contenidos científicos que en la socialización del cuidado.

Otra situación que se puede observar, son las relaciones de poder y dominación que permanecen ocultas en las prácticas de la enseñanza de enfermería y que constituyen el primer eslabón de la cadena que conduce a la opresión y a la sumisión, que son parte de los valores de la cultura profesional de la enfermería (Medina, JL, 1998).

Los contenidos implícitos en la actitud del profesorado y profesionales, con quienes los estudiantes aprenden en sus prácticas clínicas, y en todos los mensajes emitidos por éstos, son importantes en cualquier tipo y nivel del proceso de enseñanza-aprendizaje, pero especialmente lo son en los estudios de enfermería y en aquellos otros cuya finalidad sea formar profesionales que vayan a desarrollar su actividad directamente relacionada con las necesidades de otras personas.

Desde esta perspectiva, se pueden contemplar las actividades relacionadas con la enfermería y la didáctica como de naturaleza común y, por tanto, es necesario tener presente que el profesor que enseña enfermería se convierte en modelo para el estudiante que aprende de él, además de conocimientos, las actitudes y valores que observa en el desempeño de su función de profesor o tutor. La importancia que adquieren las actitudes en el proceso de aprendizaje es motivo de estudio desde diferentes perspectivas. Según Gras (1987) la consistencia de éstas tiene que ver con el conocimiento del objeto de la actitud. Guillén y Cuevas (2006) dicen que *“es importante reconocer en el docente y en el estudiante la absoluta necesidad de una gran coherencia interna entre su pensar, su sentir y su hacer de acuerdo al marco de valores proyectado”*. afirman que el proceso de aprendizaje va configurando el desarrollo de los valores.

Las actitudes de las profesionales enfermeras adquieren una complejidad especial, ya que no todas reconocen, como una responsabilidad con su profesión, el contribuir a la formación de los futuros profesionales. Algunas enfermeras viven



como una carga la estancia de estudiantes en la unidad clínica en la que ejercen y es frecuente escuchar argumentos como:

*Enfermera competente DC- “He elegido ser enfermera para atender a enfermos, no para enseñar a estudiantes... para eso habría sido maestra”.*

*Principiante E-10 Desde mi primera estancia nomas te mandaban, pero en muchas cosas no tienes conocimientos, o también tu lo haces de una manera y ellas de otra. Siempre te encuentras con todo tipo de personas, de todo me he topado, desde la que se cree que es Dios, hasta unas que si se centran en enseñar, y otras que nomas te dicen que nomas nos enseñan por compromiso o porque nosotros seremos las próximas enfermeras.*

En el estudio que realizan Cobos, Segarra y Olmo (1995) con enfermeras clínicas, concluyen que consideran grata su dedicación a la docencia del estudiantado en sus prácticas clínicas, y señalan como aspectos negativos la falta de reconocimiento a esta dedicación y la escasez de tiempo para realizarlo satisfactoriamente. Para Navarro et ál, (2002) los valores más considerados para tutelar el aprendizaje de los estudiantes en las prácticas clínicas son que la enfermera que desarrolla esta actividad reúna capacidad, competencia y eficacia.

La función principal de la pedagogía social enfermera es diseñar y ejecutar la educación social adecuada al propósito del cuidado.

Las tendencias de la educación del siglo XXI se podrán cumplir si nuestros modelos educativos en salud consideran los conocimientos, experiencia y habilidades de cuidado en la formación de los estudiantes y si se implementan estrategias de enseñanza aprendizaje tales como pensamiento crítico, solución de problemas, comunicación, trabajo colaborativo vinculadas con la creatividad, innovación, sensibilidad e intuición.

### **3.2.-Socialización del cuidado**

Hablamos de socialización del cuidado o, en otras palabras, el proceso mediante el cual se asimilan los conocimientos valores y creencias de la cultura enfermera y sobre todo, de las estructuras de racionalidad que aportan la lógica y el sentido a este proceso (Medina J.L, 1999)

Un proceso interaccional de aprendizaje social, que permite a la persona humana durante toda la vida, asumir, interiorizar e integrar en la estructura de su personalidad las formas y contenidos culturales de su medio ambiente, e incorporarse progresivamente a la sociedad en la que ha de vivir como miembro activo de la misma.

La socialización no consiste en insertar o, como único punto de referencia exterior, "adaptar a" la sociedad, sino que es un proceso dinámico e integrador en el que intervienen tanto el propio sujeto con su caudal innato, cultural, adquirido y todo lo exterior con lo que el sujeto se interrelaciona así como herencia y medio interactúan en el proceso de socialización de forma complementaria y no antagónica se abren camino cada vez con mas fuerza. Esta interpretación propugna que los factores provenientes del medio ambiente son importantes en el proceso de socialización, pero también lo es la intervención activa del sujeto en todo el proceso, de forma que el proceso es una unidad en el que ambos se integran y son necesarios (Merino, J. 1982).

En este sentido, puede decirse que el proceso de socialización es un subproceso educativo si contribuye al perfeccionamiento u optimización de la persona. (Merino, J. 1982)

Windsor (1987), afirma que el proceso de socialización profesional en los estudiantes de enfermería se produce en gran medida, en la práctica. Massarwesh (1999) da una visión pedagógica del entorno clínico y lo conceptualiza como un aula clínica. Señala además, la importancia de tener en cuenta que la educación clínica tiene lugar en un complejo contexto social, en el que interactúan estudiantes, enfermeras, pacientes, supervisoras, otros profesionales y profesores. Finalmente desde una perspectiva global, Chan (2001) afirma que "*el entorno de aprendizaje clínico constituye una entidad multidimensional que tiene*

*un impacto directo sobre los resultados obtenidos por los estudiantes en las prácticas clínicas".*

La separación entre teoría y práctica, produce un efecto descontextualizador que inhabilita las acciones desde el punto de vista de la eficacia esencial (Callista Roy, 2002).

Según describe Cohen (1988) el estudiante durante su proceso de socialización debe aprender en cuatro esferas fundamentales:

- 1).- La tecnología de la profesión, compuesta por lo que describe como los hechos (las habilidades y la teoría).
- 2).- Aprender a asimilar la cultura profesional.
- 3).- Encontrar una versión del rol que sea profesional y personalmente aceptable.
- 4).- Integrar ese rol profesional en todos los demás roles de la vida.

*Principiante avanzada E-2 "Pues el apoyo si es notorio al dejarme realizar sola los procesos y procedimientos con los pacientes. Cuando ingreso a un servicio nuevo primero me observan y después me dejan realizarlos sola.*

*Nada más me gustaría que me dejaran algunos pacientes para mi, ya que a veces no me dejan estar al 100% con los pacientes"*

La cultura profesional es asimilada muy pronto por los estudiantes cuando realizan su aprendizaje en las prácticas clínicas, y muchas veces adquiere una dimensión por encima del resto de las esferas que describe Cohen (1988). Vizcaya et ál. (2004) apuntan a que el estudiante adopta, en un principio, un rol de aprendiz, pero el contexto le empuja a adoptar el papel que estos autores denominan "*de trabajador precario con remuneración educativa*".

Los estudiantes participantes refirieron rutina, ya que al iniciar la práctica en el momento de la presentación, el profesional de enfermería le indica cómo se realizan las actividades, le presenta al resto del personal y le comunica a cargo de quien estará para que se dirija a él y le indique qué hacer:

*Enfermera experta DC “Aquí los estudiantes la primer semana observan lo que hacemos y como lo hacemos, así que si quieres aprender tu sígueme” “si tienes dudas me preguntas”.*

La enfermera experta es quien decide en qué equipo se queda el estudiante, situación que algunas veces los hace sentir inseguridad o miedo, falta de aceptación y confianza para integrarse primero al personal y posteriormente al entorno de prácticas.

*Principiante E-2 “Al inicio de mis prácticas tenía mucho miedo porque sentía que no sabía nada y también pensar en como sería recibida por el personal de enfermería. Pero fui perdiendo el miedo con el paso de mis prácticas y sobre todo supe como trabajar con todo el equipo de cada área.*

*Principiante avanzado E-1 “En una ocasión me asignaron con un auxiliar y me hablaba horrible, me trataba como su chacha, quería que yo hiciera todo su trabajo”*

En el proceso de formación, como parte de la socialización del cuidado, los estudiantes aprenden conductas de sus maestras y maestros tanto en el aula como en las prácticas clínicas, las cuales van a representar una influencia muy importante, ya sea positiva o negativa, para aplicar posteriormente en el cuidado, por lo que si el estudiante de enfermería no desarrolla habilidades de cuidado desde la formación continuará repitiendo el modelo tradicional que lo aleja del cuidado.

Entre los aspectos negativos, Cohen (1988) señala que existe en el profesorado, personas socializadas en modelos de sumisión que transmiten estos valores a los estudiantes. Esta idea es desarrollada por diferentes expertos de la didáctica, como Bloom (1975) que profundiza sobre la necesidad de desarrollar en la docencia los aspectos cognitivos, relacionados con el saber; los efectivos, relacionados con el hacer; y los afectivos, relacionados con los sentimientos.

Branda y Yin-Way (2000), describen las capacidades que debe reunir el tutor para desarrollar en el estudiante el hábito de aprender de manera autónoma y reflexiva.

Según plantea Davini (1995) existen dos líneas que dan fundamento a la formación para la capacitación profesional: la teórica y la práctica. Esta autora destaca que el aprendizaje se configura como resultado de las tensiones que existen entre la teoría y la práctica, en un proceso que tiene lugar entre la acción, la reflexión y la práctica como actividad en la que cobra significado la teoría ideal y la práctica real.

*Principiante E-5 “Mi experiencia en la primera estancia fue muy buena, en esta ocasión a comparación de esta última práctica, las enfermeras no me hacían la típica pregunta: ¿Eres licenciada y no sabes? ¿Ya estás en sexto y no sabes?”*

*Principiante avanzado E-1 “Me ha ayudado mucho, todo se aprende de lleno en la práctica”*

Según Medina J.L (1999), el aprendizaje de la enfermería es significativo cuando se produce un proceso que parte de los conocimientos, se reflexiona sobre la acción con el conocimiento como marco, se lleva a cabo la acción y nuevamente se realiza un proceso reflexivo. Sin embargo, este proceso es particularmente complejo, porque el estudiante vive y aprende en dos realidades diferentes y en cierto modo contradictorias: una que fomenta la independencia dentro del aprendizaje en el aula y otra que fomenta la dependencia a lo largo del aprendizaje en las prácticas clínicas en los centros sanitarios.

La formación teórica que se adquiere en el aula representa el aprendizaje explicativo y, generalmente, es avanzado para el presente ya que tiene como finalidad la formación para abordar la práctica en el futuro. Sin embargo, el aprendizaje en las prácticas clínicas es normativo y operativo, y representa el aprendizaje del presente, condicionado por el contexto laboral que en algunos casos puede llegar a representar un conocimiento obsoleto.

*Principiante avanzado E-6 “La teoría ha sido buena, con muy amplia fundamentación y sobre todo excelente profundidad, sin embargo vemos que ante la sociedad actual son diferentes las demandas, tú sigues realizando órdenes médicas, incluso he sentido que conozco mucho, pero tantas cosas de esas no las he realizado hasta ahora. Pienso que es mucha la teoría si en realidad no la*

*practicaré, porque de nada sirve tener el mayor conocimiento del mundo si nunca lo pondré en práctica”...*

Schön (1998), describe como insuficiente y frecuentemente inadecuada la racionalidad técnica, que ha sido prácticamente hegemónica hasta hace tres décadas en el caso de la enfermería, para la formación y fundamentación del ejercicio de la práctica profesional y que muchas veces genera incertidumbre.

De acuerdo a los grados de competencia descritos por Benner (1987), la enfermera cuando alcanza el grado de experta está en condiciones de responder con éxito a las cuestiones que plantea Schön (1998).por la importancia de la práctica en la formación enfermera es fundamental, dadas las circunstancias, hacer una reconstrucción crítica de la misma y desarrollar la formación enfermera con estrategias que acerquen la teoría y la práctica, tales como el estudio de casos, la práctica reflexiva, la reconstrucción de experiencias, las tutorías, los seminarios y el aprendizaje basado en problemas (ABP), (Branda, 2001).

Murrai (1996), Desde el punto de vista teórico, la variedad de marcos conceptuales para organizar el cuerpo de conocimientos engrandece a la disciplina, pero en la práctica real y diaria puede suponer cierta confusión que comporta en última instancia la mala utilización de estas herramientas o incluso la no utilización de las mismas.

*Principiante avanzado E2 “En los hospitales por los que he pasado llevan como teorista a Virginia Henderson. Ya que uno quiere llegar a implementar los cuidados, la teoría de J. M. Watson y no nos dejan. Ya que tenemos que seguir su teoría. Así, que si es difícil llevar teorías diferentes”...*

En la socialización del cuidado se necesita el lenguaje que refleje la práctica, se necesita la práctica que formule la teoría y se necesita la filosofía que orienta la dirección de los cuidados.

### 3.3.-Percepción de cuidado

El acto de cuidar es una acción netamente humanista que tiene connotaciones en tres áreas: el obrar, el hacer y el conocer. Así de manera implícita en el acto de cuidar intervienen muchos elementos entre los que encontramos:

a) los que tienen que ver con el valor de la persona: su dignidad, su vida, la relación solidaria, el ejercicio de la autonomía, la confianza, el bienestar individual y social;

b) las formas como actuamos: la unidad, la veracidad, la rectitud, la honradez, el buen juicio, las creencias.

c) con el significado de la vida, la belleza, la felicidad, la perfección, la salud, la actualización y la competencia profesional, ambiente social y laboral seguro, trabajo en equipo. Todos inherentes al ser humano en el ejercicio de su humanidad, principalmente en el ejercicio de los valores.

Son estos profesionales de la salud quienes transmiten todo este aprendizaje a los estudiantes en su momento de práctica y éstos quienes perciben o realiza juicios en base a sus valores y conceptos de lo que es el cuidado.

*Principiante E-3 Una experiencia de la cual tengo muy presente es en mis primeras estancias, la primera vez que un paciente falleció, el tenía RCP III y se me hizo muy feo que era mi primera semana en esas estancias y ver al paciente el cual tenía cirrosis, desangrándose y caer en paro y todos reunirse junto a el, sacar familiares, para que nadie viera y al momento de estar solos, comenzaron a platicar, pero al paciente no le realizaron nada. Al salir del cuarto a la familia le dijeron que se había hecho todo lo posible, pero que había fallecido. No me gusto que todos se reunieran a fingir como que hacían cosas, sin hacer nada.*

El estudiante de práctica tiene una interpretación del mundo que está condicionada por su experiencia o inexperiencia en la práctica clínica, sobre todo cuando vive sus primeras experiencias a las que se acerca con miedo e inseguridad.

*Principiante E-2 “Al inicio de mis prácticas tenía mucho miedo porque sentía que no sabía nada y también pensar en como sería recibida por el personal de enfermería.*

*Principiante E-3 Al inicio en mis primeras prácticas me sentía nerviosa ya que lo visto en teoría no es lo mismo que ir a un hospital y ponerlos en práctica, pero después de unos días me sentí segura, en mis segundas prácticas de sexto semestre llegue al hospital muy segura y me fue muy bien.*

*Principiante E-9 En mis primeras prácticas aunque no conocía el ámbito hospitalario, en urgencias me fue muy bien y me felicitaron debido a eso por mi poca experiencia en la práctica ya que mi primer servicio fue ese por lo que me llevo muy buenas experiencias y enseñanzas de el.*

Para Broykin y Schoenhofer (1993) La enfermería es cuidar. En su propuesta teórica, afirman que ser personas es vivir el cuidado y es necesario conocer nuestro ser en su plenitud.

*Principiante E-5 Puedo decir que se reflejan sus traumas y sus inseguridades esto respecto a las enfermeras déspotas o burlonas. Las enfermeras que te tratan bien tienen otra visión de la vida y la enfermería.*

*Principiante E – 10 Siempre te encuentras con todo tipo de personas, de todo me he topado, desde la que se cree que es Dios. Pero también hay unas que mis respetos! Con ganas de estar con ellas, te dan confianza, te sientes ajusto, le puedes preguntar algo sin miedo! Que se notan que aman lo que hacen y aman transmitirlo!*

Visualizar el cuidado como un proceso en el que cada persona, a través de la vida, crece o se desarrolla, expresando la capacidad de cuidar, por lo que cuidar o ser cuidado, existe un compromiso o dedicación moral que implica reconocerse como persona autentica, lo que permite conocer a los demás. Por tanto incluye responsabilidad, humildad, coraje, intención, comunicación y cooperación.



### 3.4.-Práctica del cuidado

No existe disciplina creada por el ser humano que no se beneficie de la práctica. En primer lugar, cabe mencionar que no se trata de la constante repetición de un ejercicio sin rumbo alguno, sino de un entrenamiento realizado a consciencia, con un cierto grado de organización y con la perseverancia necesaria para no dejarse vencer por los fracasos.

A través de la práctica, no solamente se refuerza lo aprendido, sino que se descubren nuevos conceptos, algunos de los cuales pueden resultar reveladores, imposibles de hallar a través del estudio de la teoría.

En la formación del profesional de enfermería, las prácticas clínicas son un recurso básico ya que permiten vincular los aspectos teóricos adquiridos en el aula con una realidad concreta, generando experiencias que promueven en el estudiante la adquisición del conocimiento, facilitando así el proceso enseñanza-aprendizaje mediante una educación integral.

Hay dos aspectos fundamentales en la formación enfermera. Por una parte, está lo relacionado con los contenidos que se desarrollan en forma de teoría en el aula con una finalidad explicativa y el desarrollo y adquisición de conocimientos y por otra parte, está el aprendizaje que se lleva a cabo en las prácticas clínicas, con una finalidad operativa y de desarrollo de actitudes y habilidades para aplicar el conocimiento en la práctica en los cuidados que se ofrecen a las personas.

La proporción de dedicación a los contenidos teóricos y prácticos es de una proporción de cincuenta por ciento aproximadamente.

El desarrollo de los contenidos teóricos no entraña más dificultad que el de cualquier otra disciplina, mientras que el desarrollo de los contenidos prácticos presenta algunas particularidades, por lo que aquí es fundamental centrarse en analizar esta parte del aprendizaje, por ser además, finalmente, donde el conocimiento teórico adquiere su verdadero sentido y significado (Benner, 1987).

*Principiante avanzado E-3 “En las primeras prácticas no tenía nada que ver lo que habíamos visto en la teoría como en la práctica, en las segundas prácticas lo visto*

*en teoría fue lo que pusimos en práctica en las estancias y hoy que son mis terceras estancias, todo lo visto en teoría fue lo que vinimos a ver aquí en práctica y eso es muy bueno ya que venimos preparados para lo que nos pase en prácticas”...*

Entre las cuestiones más específicas del aprendizaje en las prácticas clínicas, cabe destacar el hecho de que se realizan en un contexto diferente al académico y con una cultura sanitaria muy singular, en la que se desarrolla la actividad enfermera de manera más rutinaria que reflexiva, centrada en la realización de procedimientos en donde existen concepciones tradicionales que dan prioridad a los aspectos técnicos relacionados con la enfermedad y su tratamiento por lo que se confirma la permanencia del modelo biomédico (Medina, J.L, 1999).

*Principiante E- 7 “Al iniciar mis primeras prácticas me sentía con inseguridad ya que no conocía el ambiente hospitalario, la relación con el personal de enfermería era muy superficial”*

Al tiempo que desde la escuela se les pide a las estudiantes que lleven a cabo un aprendizaje reflexivo con los conocimientos teóricos aprendidos en el aula como marco de referencia para las acciones. Esta realidad tan diferente y a veces contradictoria durante el periodo de formación, provoca en los estudiantes una confusión al vivir dos realidades tan diferentes sobre un mismo fenómeno (Medina, J.L, 1998).

*Principiante E- 3 Al inicio en mis primeras prácticas me sentía nerviosa ya que lo visto en teoría no es lo mismo que ir a un hospital y ponerlos en práctica.*

Los estudiantes de enfermería asisten a las prácticas clínicas en calidad de principiantes, apenas tienen idea del sentido contextual de términos aprendidos en los libros. Según el modelo Dreyfus el grado de competencia que se puede alcanzar en la enseñanza teórica impartida en el aula, se modifica con las situaciones reales de la práctica, donde a decir verdad el cuidado como objeto de la enfermería se encuentra muy alejado.

*Principiante E- 7 “Con el paso del tiempo mis prácticas de quinto semestre me favorecieron ya que me gustaban las áreas en las cuales practicábamos poco a poco*

*perdía mis miedos y ganaba más seguridad. Fue en mis últimas estancias en las cuales me siento con gran seguridad y conocimiento, me desenvuelvo en el ambiente hospitalario de una manera en la cual me hace sentir feliz estar en el área hospitalaria me siento segura y sobre todo la relación con el personal de enfermería es más profunda de tal manera que me permite aprender de la experiencia que ellos tienen y sobre todo ligarla con mis conocimientos”*

El estudiante se integra a los equipos para realizar las actividades que ellos ejecutan.

*Principiante avanzada E-14 “Al principio me dejan observar como realizan ellas sus actividades, y luego me dan oportunidad de hacerlas yo. Hasta el punto en que realizo las actividades sin supervisión”.*

*Principiante E- 7 “Al momento de ingresar al hospital, el personal nos limitan un poco a realizar las diversas actividades sin embargo debemos ganarnos la confianza del personal para que nos permitan desenvolvemos en las diversas áreas.*

*Principiante E- 8 “Siempre en los primeros días te vuelves la sombra de la enfermera con dos días después comienzas a tener la confianza para ir sola y después es mejor ir sola, ya que ya conoces el movimiento y puedes aplicar tus conocimientos” “ellos te enseñan sus técnicas y en muchas ocasiones saben que no son correctas y te lo hacen saber para que tu no lo hagas”*

*Enfermera experta DC “Tu vas a estar conmigo, aquí te quiero yo te voy diciendo lo que tenemos que hacer”*

*Principiante DC “Ya termino, que le falta en que le ayudo?”*

El estudiante se encuentra desarrollando un modelo de práctica tradicional donde duplica la conducta del docente y del profesional clínico, pero está muy lejos de desarrollar las habilidades de cuidado necesarias para enfrentarse a esta profesión con éxito.

La profesión enfermera, a lo largo de los años, ha venido desarrollando un modelo de formación centrado en la práctica profesional, peculiaridad que ha potenciado algunas facetas como es el claro desarrollo de habilidades clínicas. A medida que se han ido introduciendo cambios en la formación se ha ido haciendo patente la necesidad de desarrollar estrategias de aprendizaje que potencien la adquisición de habilidades ligadas al desarrollo profesional de las enfermeras o menos “visibles”; como las habilidades interpersonales, las de pensamiento crítico

y los valores, creencias. En definitiva, todos aquellos aspectos que colaboran a transformar a un profesional experto.

### 3.5.-Integración del cuidado

El estudiante de enfermería se enfrenta a una dificultad al momento de integrar o realizar el proceso de cuidado, ya que está alejado de la práctica donde se desarrolla, la mayoría de las veces expresa miedo, situación diferente.

*Principiante avanzado E-8 “En algunas ocasiones es difícil, pues el manejo que tiene cada hospital difiere de la teoría que obtenemos en el aula pues en ocasiones en el aula nos enseñan de una manera y la forma correcta y muchas veces la realidad en el hospital es otra”.*

Teniendo en cuenta que el cuidado logra materializarse en el quehacer profesional y que éste no puede desligarse de las condiciones laborales actuales, se ha 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 cuidado se transforma en un evento deshumanizante tanto para el profesional como para el sujeto de cuidado.

*Principiante avanzado E-5 “Yo para poder hacer cuidado necesito perderme un rato a la enfermera para ir a platicar y conocer a mi paciente”*

*Principiante avanzado E-13 “En algunos procedimientos cuando los he realizado pocas veces o que no hay nadie en el momento, también me tocó presenciar que una compañera no valoraba sus pacientes al realizar los procesos y cuando yo quería ir a verlos para realizar una valoración, ella no me dejaba que para no perder tiempo”*

## SOPORTE TEÓRICO REFERENCIAL

Para el desarrollo y la construcción de este modelo innovador de integración y desarrollo de habilidades de cuidado de los estudiantes de enfermería, así como la adquisición de valores que enmarcan nuestra práctica, se tomó como base el modelo Dreyfus y Dreyfus(1980) para el desarrollo de aptitudes o habilidades, que consiste en que todo estudiante adquiere los conocimientos precisos a través de cinco estadios o categorías y fue aplicado por la Dra. Benner en el ejercicio de la enfermería en 1984, donde utiliza los niveles de práctica extraídos del modelo Dreyfus: principiante, principiante avanzado, competente, eficaz y experto. Que permiten describir la práctica de la enfermería, el nivel de competencia, la conceptualización y uso de significados, técnicas, prácticas y capacidades personales, que permiten desarrollar habilidades de cuidado a los profesionales de enfermería.

El cuidado comprende elementos técnicos, aspectos afectivos, actitud y compromiso de quien lo proporciona, pero además es de especial importancia el significado del cuidado para quien lo otorga y para quién lo recibe, la intención y la meta que persigue. Por lo tanto la práctica de enfermería implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos como son: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones, va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona(Cárdenas, M. 2009).

Por tanto, el acto de cuidar es una acción netamente humanista que tiene connotaciones en tres áreas: el obrar, el hacer y el conocer. Así de manera implícita en el acto de cuidar intervienen muchos elementos entre los que encontramos: a) los que tienen que ver con el valor de la persona: su dignidad, su vida, la relación solidaria, el ejercicio de la autonomía, la confianza, el bienestar

individual y social; b) las formas como actuamos: la unidad, la veracidad, la rectitud, la honradez, el buen juicio, las creencias y c) con el significado de la vida, la belleza, la felicidad, la perfección, la salud, la actualización y la competencia profesional, ambiente social y laboral seguro, trabajo en equipo. Todos inherentes al ser humano en el ejercicio de su humanidad, principalmente en el ejercicio de los valores.

La adquisición de habilidades o aptitudes es más segura y rápida cuando se asienta en un sustrato educativo estable y firme que desarrolla una base teórica de conocimientos. Saber teórico El saber enfermero es un conocimiento práctico. El cuidado es específico, individual y contextual (Benner, P, 1984).

Es una prioridad, no solo aportar a los estudiantes conocimientos teóricos que les permiten seguir desarrollando un modelo biomédico, sino contribuir a aumentar la formación profesional y el desarrollo de habilidades de cuidado donde se adquiera una postura reflexiva sobre el cuidado, para posteriormente encontrar su significado frente al cuidado humanizado y la manera como permea al profesional de enfermería. Esta idea es desarrollada por diferentes expertos de la didáctica, como Bloom (1975) que profundiza sobre la necesidad de desarrollar en la docencia los aspectos cognitivos, relacionados con el saber, los efectivos, relacionados con el hacer, y los afectivos, relacionados con los sentimientos.

Benner P. (1987), atribuye la dificultad para relacionar la teoría y la práctica a la complejidad de las acciones. Según esta autora, en las acciones de cuidado se producen infinidad de sutilezas que solamente pueden explicarse en situaciones idénticas, lo cual no es fácil si se considera que no existen dos situaciones iguales.

Desarrolla una propuesta sobre la adquisición de competencias o desarrollo de habilidades. Según explica, se van desarrollando con la experiencia sobre la base de la formación, diferencia los grados que denomina: 1) principiante a los profesionales sin experiencia y estudiantes de enfermería. 2) principiante

avanzado a los estudiantes con mas grados de responsabilidad y que terminaron los estudios, como pasantes de enfermería 3) competente son aquellas personas que pueden planificar y organizar tareas que pueden manejar el tiempo. 4) eficaz son las enfermeras que pueden ver la situación como un todo que manejan la intuición y se involucran con la persona y su familia y 5) experto son las enfermeras que conocen a la persona, se involucran y comprometen en su cuidado. Los planteamientos de esta autora, apuntan a que con la formación, hay que preparar al estudiante en competencias básicas para que las vayan completando con la experiencia y la reflexión permanente y llegue a ser un profesional experto.

Según los estudios realizados por la Dra. Benner, surgieron siete competencias a desarrollar en la práctica.

- 1.-El rol de ayuda
- 2.-La función de enseñanza – preparación.
- 3.-La función de diagnóstico y seguimiento del paciente.
- 4.- El manejo eficaz de situaciones rápidamente cambiantes.
- 5.-La administración y seguimiento de intervenciones y regímenes terapéuticos.
- 6.-El seguimiento y garantía de la calidad de las prácticas de atención sanitaria.
- 7.-Las competencias relacionadas con la organización del trabajo.

Dentro de estas habilidades de cuidado la Dra. Benner identifica el juicio clínico y sostiene que esta forma de actuar tiene que ver con lo que ella llama razonamiento práctico y lo define como un razonamiento en transición sobre los cambios, inserto en la interacción con la persona y la familia, que no trata de establecer resultados ni puede formalizarse o convertirse en técnicas o procedimientos, sino que surge de la agudeza con la que se percibe la situación, del conocimiento del saber cómo y de la comunicación que me permite conocer a cada persona, es quizás la clave para poder apreciar en todo su contexto al ser humano, que necesita del cuidador preparado con su conocimiento para dar,



recibir, comprender, educar, enseñar, ayudar, construir y repetir cuantas veces sea necesario.

La comunicación es el elemento fundamental del cuidado, además, es la expresión de la vida misma, cuidar es un acto de vida. Cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permite que esta continúe y se reproduzca.

La esencia del cuidado es la interacción humana recíproca, arte de la verdadera relación humana, es buscar posibilidad de formar un nosotros sin destruir el *yo- tu*.

La comunicación solo es posible en un clima de libertad, en donde podemos expresarnos sin presiones paralizantes. La comunicación requiere de algunos elementos indispensables tales como "la autenticidad de los interlocutores, el respeto a la originalidad ajena, el respeto a la originalidad propia, el deseo de compartir, la preocupación de hacerse comprender y la actitud de escucha y de atención permanente"(Fermoso P, 1981)

Se entiende así el modelo de Benner, de aprendizaje y de juicio clínico en el sentido de que, ningún profesional puede llevar la práctica más allá de su nivel de competencia y cómo la enfermera experta adquiere estas habilidades, no sólo por su experiencia sino por su compromiso y conocimiento de la persona y familia, que le permite engranar los elementos de la situación.

El juicio clínico es también un juicio ético, ya que es una representación moral de lo que es bueno y correcto en una situación dada. La enfermera se acerca a las personas con una disposición hacia lo que es "bueno y correcto" y es su sentido de lo que es importante, lo que le hace darse cuenta de las necesidades en cada persona en particular.

La comprensión sobre lo que es dignidad y vulnerabilidad se correlaciona con habilidades de franqueza, aceptación de uno mismo, respeto y sensibilidad hacia el otro. El juicio clínico no es una decisión medios-fines, ni se basa en lo que

normalmente se hace, según la cultura profesional, sino que se realiza según la experiencia y sensibilidad. A esta manera de cuidar, Benner la califica como "*el cuidado auténtico*" y en ella la ciencia y la tecnología se supeditan a la dignidad, habilidades de franqueza, aceptación de uno mismo, respeto y sensibilidad hacia el otro.

Sin embargo, aunque el juicio clínico se da en interacción con la persona en esa interrelación enfermera-persona, el conocimiento se produce socialmente, cuando es compartido en diálogo con los otros que pueden tener diferente punto de vista. Un aspecto importante para las enfermeras y los estudiantes de enfermería es que puedan adquirir experiencia para desarrollar el conocimiento complejo a través de los juicios formados en las situaciones clínicas de cuidado profesional.

Todo lo propuesto por Benner para el desarrollo de habilidades de cuidado se complementa con conceptos de la teoría de autoeficacia de Albert Bandura (1997) que concede gran importancia a los procesos cognitivos y a la capacidad de las personas de autorregular su conducta, esto señalado como autoeficacia que se convierte en el principal mecanismo de control de la propia conducta, clave del funcionamiento personal en cualquier ámbito y propone un avance substancial en la comprensión de los mecanismos motivacionales que inciden sobre las acciones humanas.

La autoeficacia o creencia en la propia capacidad en determinadas situaciones puede ser considerada un concepto vital en el ámbito educativo, puesto que es un elemento que predice de mejor manera el desempeño de la habilidad y del conocimiento personal.

Este concepto se inserta dentro de la Teoría Social Cognitiva de Bandura, en la cual se considera al ser humano como un individuo auto-organizado, auto-reflexivo, auto-regulado y comprometido con su desarrollo. Un punto clave en esta teoría es que las personas tienen creencias personales (creencias de autoeficacia), que les permiten ejercitar cierto control sobre sus sentimientos,

acciones y pensamientos. Esto quiere decir que el comportamiento de los individuos se ve influido por lo que piensan, creen y sienten. Así, pues, la autoeficacia se convierte en un buen elemento de predicción del comportamiento humano.

Las creencias de autoeficacia influyen en la conducta en general, mediante procesos cognitivos, motivacionales, afectivos y selectivos. Específicamente, en el ámbito académico, las creencias de autoeficacia actúan sobre la motivación, la persistencia y éxito académico

La teoría social cognitiva derivada de las propuestas de Bandura (1986) suponen un avance sustancial a los mecanismos motivacionales que inciden sobre las acciones humanas, de modo mas específico, Bandura (1989) proponen que la autoeficacia es una creencia en las propias capacidades para movilizar los recursos cognitivos, la motivación y los recursos de acción requeridos, para afrontar determinadas tareas. Plantea que las expectativas de eficacia personal son las que determinan si se inicia o no una conducta de afrontamiento, la cantidad de esfuerzo que se tenderá a ejercer en relación con dicha tarea, así como el lapso de tiempo durante el que se mantendrá dicho esfuerzo ya que las personas que se perciban a sí mismas como altamente eficaces, activaran suficientemente el esfuerzo, el cual si es bien desarrollado, lograra resultados exitosos.

La autoeficacia implica una movilización de recursos y habilidades hacia un desempeño exitoso de una acción determinada.

Se convierte en un mecanismo cognitivo determinante de la autorregulación que es capaz de:

- Ejercer cierta influencia sobre la conducta, ya que guarda relación con las tareas en las que las personas deciden implicarse.
- Decidir la cantidad de esfuerzo que ponen en su desempeño.
- Poder predecir cuándo se enfrentan a posibles dificultades
- Valorar los patrones de pensamiento que guía su conducta.

- Saber las reacciones emocionales que experimentan en distintos momentos de su actuación personal.

Define que el aprendizaje y la motivación están directamente relacionados con las percepciones de seguridad de si mismo.

Por lo que se plantea la necesidad de desarrollar la autoeficacia del estudiante de enfermería para incidir en el movimiento de habilidades de cuidado y no solo en sus capacidades, sino también en sus creencias y valores.

La autoeficacia tiene un papel vital en el ámbito académico. De acuerdo con estudios, se ha evidenciado que un buen desempeño académico no puede ser garantizado solo por los conocimientos y habilidad de los individuos.

Las creencias de eficacia pueden determinar un desempeño diferente en dos personas con el mismo grado de habilidad. Esto se debe a que el éxito académico demanda procesos reguladores como la autoevaluación, el auto-monitoreo y el uso de estrategias meta-cognitivas de aprendizaje, procesos que son influidos positivamente por un alto grado de creencia en la propia capacidad o autoeficacia.

La autoeficacia puede ser definida como la percepción o creencia personal de las propias capacidades en una situación determinada. Las creencias de autoeficacia presentan gran influencia en el ser humano, ya que actúan sobre sus pensamientos, sentimientos y comportamientos (Bandura, 1995). Un aspecto que resalta la importancia de la autoeficacia es su valor predictivo de la conducta humana. El comportamiento de las personas, según Bandura, puede ser mejor predicho por las creencias que los individuos tienen acerca de sus propias capacidades que por lo que en verdad pueden hacer, puesto que estas percepciones contribuyen a delinear qué es lo que las personas hacen con las habilidades y el conocimiento que poseen (Pajares y Schunk 1996).

Según Medina J.L, (1998), el aprendizaje de la enfermería es significativo cuando se produce un proceso en el que se parte de los conocimientos, se reflexiona sobre la acción con el conocimiento como marco, se lleva a cabo la acción y nuevamente se realiza un proceso reflexivo.

El profesional y estudiante de enfermería ha de mantener una actitud crítica y reflexiva frente a la realidad social del ser humano y sus derechos y, hacer de su práctica diaria, un medio para la visibilidad de dicha actitud, mediante la investigación y aplicación de modelos teóricos, que alimenten un cuidado con calidad y sensibilidad humana, que le reporte crecimiento como persona y profesional, generando un impacto transformador en nuestro sistema de salud. (Rivera & Triana, 2007) al tener un cuerpo de conocimientos y asumir el control de la práctica desde su formación.

Es fundamental destacar la importancia de la formación para la adquisición de conocimientos, habilidades y valores; es decir a desarrollar competencias para ejercer la enfermería de manera óptima a lo largo de toda la vida profesional.

El docente es la clave de la transformación pedagógica del cuidado y en este sentido se promueve la educación en valores, la reflexión sobre la práctica pedagógica y el intercambio de experiencia entre el docente y el estudiante, ya que la formación de la persona es el objetivo fundamental de la educación enfermera.

La educación es ante todo, un proceso, de formación de valores, actitudes y hábitos constructivos. De ahí que si la educación se orienta a formar personas, tiene que ser impartida por docentes con una serie de valores como el respeto, la responsabilidad, trabajo, justicia, solidaridad, convivencia, amor, servicio, en la interacción con el estudiante(Fermoso, P 1981).

Además, dada la situación en la que se encuentra la enfermería, es imprescindible el desarrollo y aplicación de estrategias tendientes a integrar la teoría en la práctica y ayudar a desarrollar en los estudiantes un proceso de pensamiento que les lleve a buscar el razonamiento teórico y la búsqueda de evidencias científicas para fundamentar las acciones y desarrollar una cultura de inquietud por el estudio continuo, la investigación y la innovación.

El cuidado de enfermería es la esencia de la profesión, que tiene por objeto el desarrollo de técnicas y procedimientos, y un aspecto subjetivo impulsado por la sensibilidad, la creatividad e intuición. (Souza ,2005). La inclinación a cuidar no se transmite de generación en generación, se transmite mediante el cultivo de la profesión como forma concreta de enfrentarse al entorno y al cuidado como arte que integra, conocimiento, intuición y sensibilidad. (Torralba, 2005)

Porque El hombre se conoce así mismo por la comprensión de logros dispersos concretos y a través de las percepciones de otros. Sin los demás uno no podría tener noción de si mismo.

Acercarse al hombre, conocerlo, entenderlo, significa interpretar el mundo de significados o valores a través de los cuales todo hombre se expresa, siente y vive; y el sistema de actitudes ante la vida que le dan sentido y coherencia. Significa contemplar al hombre en su historia, en su propio hábitat fuera del cual sería del todo irreconocible. Por ello los valores son explícitos o implícitos, inevitables en la educación ( Aranguren, J. 1981).

La libertad situada indica que uno participa en la elección de las situaciones en las que se encuentra, así como en su actitud frente a estas situaciones. Por ello, el hombre se encuentra siempre eligiendo. Esta elección se produce a dos niveles: pre-reflexiva y tácitamente, así como reflexiva y explícitamente. Al elegir una forma de responder a las situaciones, uno expresa sus valores prioritarios. Sin embargo, nuestra elección la hacemos sin conocer del todo sus resultados, aunque con responsabilidad plena de las consecuencias.

En este sentido, una disciplina que se ocupa de la naturaleza, esencia y juicios de valor, y que tienen un origen polémico, de conflicto entre el subjetivismo y el objetivismo axiológico, es decir, quién está primero, el ser humano, o el valor.

Por lo que existen dos tendencias filosóficas que pretenden explicar el origen del valor: Subjetivismo el hombre crea el valor según sus deseos, intereses,

o ideas. Objetivismo los valores existen fuera del hombre, éste sólo los descubre (Buxarrais, M. 1997).

Hoy en día se han superado estas concepciones y se sostiene que ambas tienen una parte del valor y no la totalidad del mismo. Las actuales interpretaciones de la Psicología Cognitiva se situarían en el polo del constructivismo: el valor es un aspecto elaborado e ideado por el sujeto para entender, codificar y representar al mundo.

De allí que el valor tiene múltiples caras y puede contemplarse desde variados ángulos. Desde una visión metafísica, los valores son importantes por sí mismos; desde una visión psicológica son subjetivos y vale si el sujeto lo establece así. Pero también son circunstanciales y dependen del momento histórico, cultural y la situación física donde surgen. El valor es lo bueno, real o ideal, deseado o deseable para una persona o colectividad. Lo opuesto o contrario al valor se le llama contravalor, por lo que se tiene que entre los Valores se señalan el amor, la salud, la riqueza, la justicia, la libertad, la solidaridad, entre otros.

La educación y los educadores tienen una ineludible responsabilidad y mucho que aportar en este despertar de conciencia colectiva y en la preparación del país para un nuevo tiempo y un mundo de esperanza en este siglo XXI, con la expectativa y el desafío que trae consigo.

Sobre el particular, el educador ejerce una profesión que promueve la interacción y el desarrollo humano. Si esta consiente de su rol, podrá satisfacer sus necesidades personales y familiares, servir a la sociedad y perfeccionare en un continuo crecimiento personal académico, de esta manera, podrá rescatar la mística y ética del docente, estará llamado a dar más de si mismo, en la enaltecadora misión de formar integralmente (Cuerpo, mente, emociones, espíritu) los seres a quienes tiene el privilegio de enseñar. Asimismo comentan que “en la medida que nuestros estudiantes se sienten recompensados y estimulados en el

trabajo escolar realizado, se construirán los cimientos para una mayor gratificación en el desempeño laboral futuro” Gamargo, C y Rojas, J (1998).

Considerar el esfuerzo de cada alumno en el proceso de aprendizaje, es la tarea que tenemos en el trabajo docente; no es suficiente la valoración cuantitativa si se procede con justicia, se estimará también el grado de atención, la disposición y agrado para responder, el esfuerzo por alcanzar el máximo rendimiento posible.

El educador para ser más humano y eficiente, puede y debe orientar su acción, guiado entre otros, por los siguientes principios: Profundo respeto por la persona del alumno, con sus creencias, virtudes y valores. Es necesario que en el aula de clases se viva plenamente en libertad y se experimente un cálido encuentro humano constante por la necesidad permanente de crecer personal y profesionalmente, La interacción con sus alumnos y la comunidad es una fuente permanente de aprendizaje.

El educador puede aprovechar cada episodio didáctico para promover la sensibilidad y el crecimiento. Esta llamado, por su rol orientador, a exteriorizar formativamente su preocupación por los problemas colectivos que, en mayor o menor grado, afectan a sus alumnos. Debe poseer coherencia visible entre los valores que se predicán y la conducta que se asume, en otros términos, ser ejemplo o testimonio de vida.

Estimamos imprescindible que el educador cultive y viva valores tales como la amistad, la fraternidad, la generosidad, la sinceridad, la tolerancia y la honestidad de aprender (Gamargo, et al. (1998).

El docente crea espacios de interacción de cuidado con los estudiantes cuando el ambiente de las relaciones es de apertura, flexibilidad, respeto, aceptación que los hace sentirse libres, para reflexionar, ver, corregir equivocaciones, expresarse y de esa forma crecer como personas. De allí que hoy más que nunca, se necesitan docentes, educadores sólidamente formados, que interioricemos que la misión primordial es estimular el aprendizaje permanente y la



formación humana y ciudadana de los estudiantes la cual solo es posible si hay un compromiso en el propio aprendizaje y formación.

Esto, implica, iniciar procesos de formación permanente a partir de la reflexión, desrutinización y renovación de la práctica (Pérez, A 1997).

Se trata de auto evaluación de reflexión y del cuestionamiento permanente del “ser y del actuar” que compromete a los docentes a la búsqueda de la interacción con los estudiantes para la humanización de los procesos de aprendizaje y de la vida.

Las instituciones deben ser capaces de convertir las organizaciones en ambientes de aprendizaje; es decir, producir conocimiento, distribuirlo y transferirlo a la práctica clínica para realmente decir que se está gestionando efectivamente el conocimiento y que éste es la base de la atención a la salud.

Los docentes entiendan que su labor educativa tiene una dimensión más allá del aula, porque las actividades recreativas son más profundas que todo el trabajo del aula, sobre todo si se relacionan con las raíces culturales de la comunidad, éstas actividades de convivencia, fortalecen la identidad, la pertenencia, la sensibilidad, abren el campo de la innovación, creatividad, y el servicio, son las que penetran en el espíritu y no olvidan las personas (Perez, 1997)

## 5.1.-JUSTIFICACIÓN DEL MODELO

El estudiante de enfermería se encuentra desarrollando un modelo de práctica tradicional donde duplica la conducta del docente y del profesional clínico pero está alejado de desarrollar las habilidades de cuidado necesarias para enfrentarse a esta profesión con éxito.

La importancia de elaborar un Modelo de Integración y Desarrollo de los Estudiantes de Enfermería se basa en la necesidad de conceptualizar y socializar el cuidado en el estudiante, futuro profesional de enfermería. Por lo que es una prioridad, no solo aportar a los estudiantes conocimientos teóricos que les permiten seguir desarrollando un modelo biomédico, sino contribuir a aumentar la formación profesional y el desarrollo de habilidades de cuidado donde se adquiera una postura reflexiva sobre el cuidado, para posteriormente encontrar su significado frente al cuidado humanizado significado y orden del quehacer enfermero por encima de especialidades, culturas, tareas, funciones o competencias.

En la actualidad cuando se habla de cuidado, se asocia a la idea de ejecución de alguna técnica o procedimiento y no como una forma de vivir, expresarse y de relacionarse.

Hasta la década de los años setenta del siglo XX, las enfermeras eran valoradas por su destreza en habilidades y competencias técnicas (Andréu, 1990) que podían observarse directamente en su práctica, fundamentalmente dirigidas a contribuir en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Se observa una importante carencia de análisis sistemático sobre el cómo aplica la enfermera en la práctica lo aprendido con la teoría, así como aquello que va elaborando como resultado de la experiencia que se adquiere con el ejercicio diario de las actividades profesionales que aborden la relación entre la teoría y su aplicación en la práctica razón fundamental que ha motivado la realización de este estudio.

La enfermería como grupo, ha vivido y experimentado diversas transformaciones a lo largo de su evolución y desarrollo profesional que la condicionan para poseer su propia cultura de grupo. Si bien se consideraba una profesión con características asignadas a la mujer, podemos ver la influencia de cultura doméstica en las actividades de enfermería, desde el mismo momento de la formación y que todavía queda en la concepción de algunas enfermeras de esa generación.

Este contexto sociocultural ha sido la imagen o rol que la enfermería ha venido desempeñado hasta la actualidad.

Ante los señalamientos anteriores, se requiere de propuestas sólidas desde el punto de vista teórico, conceptual, pedagógico y práctico, donde participen activamente todos los involucrados en el proceso de cuidado, con el propósito de promover un cambio de paradigma, como una alternativa ante el reto de mejorar la calidad de la educación en enfermería y los desafíos que presenta un contexto social cambiante.

## 5.2.-OBJETIVOS

### General

Fortalecer la formación de enfermería en el proceso de cuidar, mediante el desarrollo de habilidades de cuidado donde se vincule teoría y práctica en los estudiantes de enfermería.

### Específicos

Formar a los estudiantes futuros profesionales de enfermería bajo una revalorización de cuidado que integre teoría y práctica

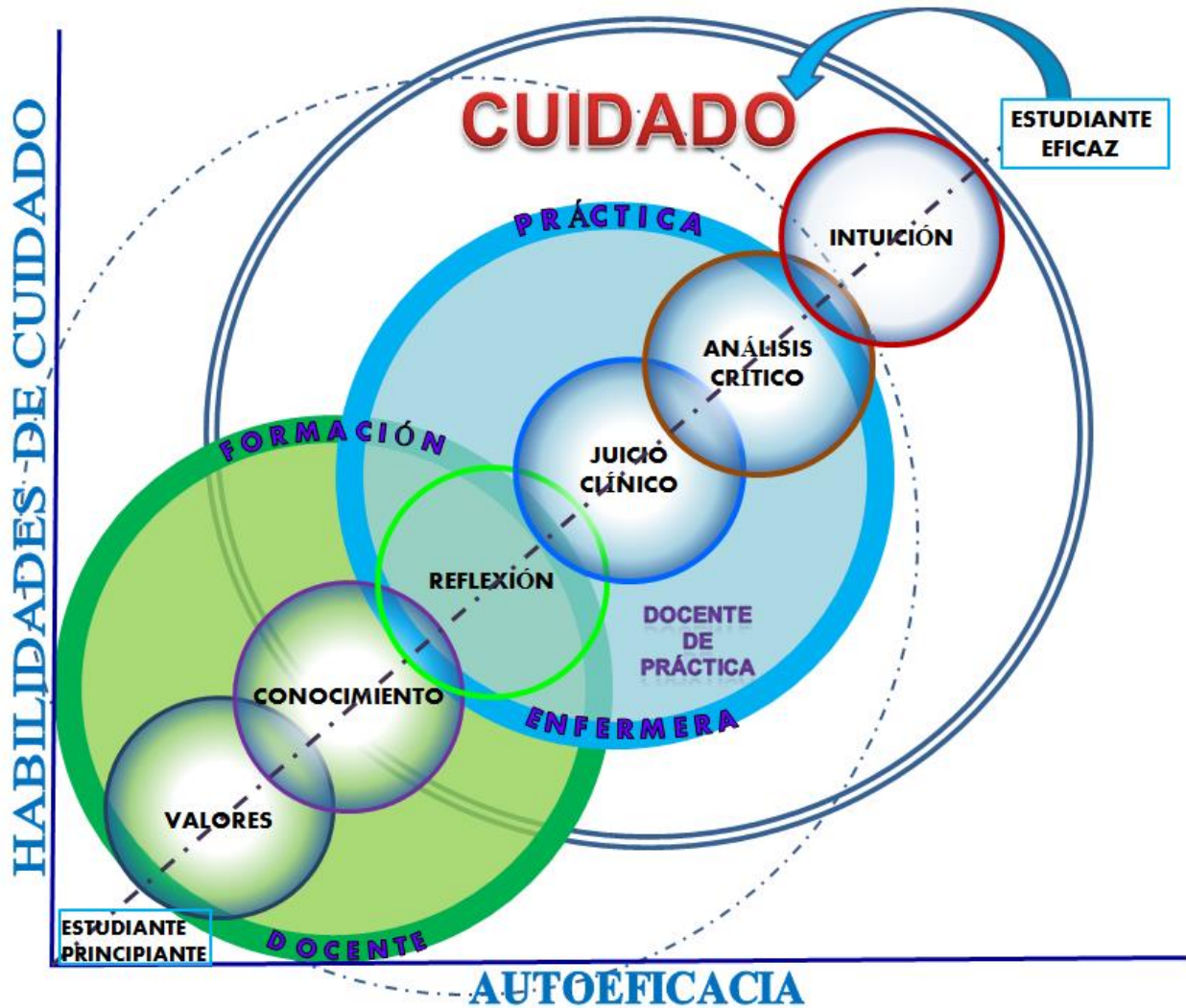
Brindar apoyo al estudiante de enfermería en la socialización del cuidado a través de la formación en donde se conceptualice el cuidado.

Promover en los estudiantes de enfermería el desarrollo de habilidades de cuidado que les permitan lograr una integración significativa, autónoma y permanente.

Fomentar por parte del docente el desarrollo de habilidades de cuidado y autoeficacia de los estudiantes de enfermería.

### 5.3.-Esquema del Modelo

“Modelo innovador: Educación para la integración y desarrollo de habilidades de cuidado de los estudiantes de enfermería”



#### **5.4.-Descripción del esquema del Modelo**

El esquema del modelo ilustra la integración de la formación y la práctica para facilitar el desarrollo de habilidades de cuidado de los estudiantes de enfermería. Está representado por círculos que se interconectan entre si para mostrar la integración entre formación y práctica que establecen parte de la socialización enfermera.

El primero que forma la base, está representado por la formación que se brinda a los estudiantes de enfermería y que es parte esencial en la transmisión de conceptos del cuidado, es ejecutado por diferentes profesionales como (DOCENTES).

El segundo círculo que se encuentra conectado con el primero, representa la práctica clínica del estudiante de enfermería y donde se relaciona con la enfermera de práctica y con la docente de práctica.

El tercer círculo más grande representa el proceso de cuidado, como el camino que se debe mostrar al estudiante de enfermería.

Todos estos círculos están apoyados dentro de un eje que forman un ángulo entre las habilidades a desarrollar de los estudiantes de enfermería y la autoeficacia percibida por ellos mismos para lograr movilizar sus recursos cognitivos, la motivación y las acciones requeridas para el proceso de cuidado.

Las habilidades de cuidado a desarrollar desde el inicio de la formación se encuentran representadas en círculos más pequeños interconectados entre si, del mismo tamaño por su nivel de importancia y para hacer diferencia se les asignó un color diferente, por el centro pasa una línea punteada que permite la integración de las habilidades necesarias para brindar cuidado.

Inicia con los valores que el estudiante posee como ser humano y que van a formar parte de su ser profesional, continúa con el conocimiento como desarrollo de cualquier acción artística y está sustentado en una firme base teórica y

formativa, continúa con la habilidad como ser reflexivo que entiende al ser humano que cuida basado en la empatía y el conocimiento de la situación de cuidado.

Esto como base de la formación para formar personas con pensamiento crítico en la práctica del cuidado que pueda elaborar un razonamiento clínico, en base a la comunicación con la persona de cuidado y la sensibilidad producto de la reflexión y atributo de la intuición, que surge de la experiencia de vivir o compartir experiencias de cuidado para elaborar un análisis crítico que apoya y fortalece la intuición como parte esencial del arte de cuidar.

## 5.5.-Conceptualización de los elementos del modelo

Para el desarrollo y la construcción de este modelo innovador: Educación para la integración y desarrollo de habilidades de cuidado de los estudiantes de enfermería, o socialización de los estudiantes de enfermería sobre el cuidado y la adquisición de valores que enmarcan nuestra práctica, se tomo como base el modelo para el desarrollo de aptitudes o habilidades, que consiste en que todo estudiante adquiere los conocimientos precisos a través de cinco estadios o categorías y fue aplicado por la Dra. Benner al ejercicio de la enfermería en 1982, donde utiliza los niveles de práctica extraídos del modelo Dreyfus: principiante, principiante avanzado, competente, eficaz y experto. Que permiten describir la práctica de la enfermería, el nivel de competencia, la conceptualización y uso de significados, técnicas, prácticas y capacidades personales, que permiten desarrollar habilidades de cuidado a los profesionales de enfermería, que inicia con el estudiante como PRINCIPIANTE y termina con un estudiante EFICAZ que desarrollo habilidades de cuidado.

**Habilidades de cuidado** son las capacidades personales e interpersonales que desarrolla el estudiante de enfermería y se demuestran en una actitud humana de compromiso, sensibilidad, empatía, responsabilidad y aceptación de la persona que cuidan.

**Formación** es el proceso de preparación del estudiante para desarrollar habilidades de cuidado en la práctica, sustentada en un cuerpo de conocimiento.

**Práctica** es el ejercicio para conseguir habilidades o experiencia en una profesión o trabajo que se desarrolla en la acción y la aplicación de conocimientos en donde el estudiante de enfermería complementa su formación ya que le permite vincular los aspectos teóricos adquiridos en el aula con una realidad concreta.

**Docente** es un profesional, facilitador, mediador, que ayude al estudiante a construir su conocimiento, capacitado, competente y eficaz que se convierte en



modelo para el estudiante que aprende de él, además de conocimientos, las actitudes y valores que observa en el desempeño de su función de profesor o tutor.

**Docente de práctica** es una enfermera profesional con experiencia y calificada con una sólida formación de humanidades que demuestra con una actitud de compromiso, disposición y promoción de entornos de cuidado.

**Enfermera** es el personal de la institución de salud que participa en la preparación del estudiante de práctica y que se encarga de transmitir al estudiante sus conocimientos habilidades y destrezas.

**Cuidado** como un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra una actitud humana e integra valores y recursos intelectuales.

**La adquisición de habilidades o aptitudes es más segura y rápida cuando se tienen componentes como:**

**Valores** son aspectos elaborados e ideados por el sujeto para entender, codificar y representar al mundo, son principios que nos permiten orientar nuestro comportamiento.

Su flexibilidad a la hora de adaptarse o ceñirse a todos los tipos de grupo o comunidad cultural se da gracias a la parte humana desde la perspectiva del propio estudiante.

**Conocimiento** es un conjunto de información almacenada, mediante la experiencia, valores y aprendizaje que te permite ser consiente del mundo exterior.

Atributos del conocimiento

Es el componente de cualquier actividad se desarrolla en una base teórica y se asienta en un sustrato formativo estable, deben ser, a su vez, precisos,

actualizados, claros y que demuestren una amplia variedad de recursos de interés acerca de la persona a cuidar.

### **Reflexión**

Es clarificar las intenciones y significados de los actos de la persona de cuidado compone una habilidad de cuidado que nos permite entender el significado de su cuidado, conocerla y entenderla por lo que involucra y compromete al profesional en su cuidado.

Los atributos de la reflexión son la empatía y el conocimiento de la situación de cuidado que dan significado y relevancia al contexto.

### **Intuición**

Es comprender o percibir algo sin la intervención de la razón, es un tipo de conocimiento que se desarrolla con la sensibilidad del estudiante desde el punto de vista ético y estético que requiere que involucre en el cuidado a la persona y su familia, tiene lugar cuando la diversidad cultural es reconocida y respetada por parte de los profesionales de la salud ocurre cuando se dan cuenta de que los factores culturales son significativos en la salud y la enfermedad.

La sensibilidad nos trae connotaciones de preocupación o interés por la persona. Esta preocupación o interés sugiere una cierta habilidad que trasciende al conocimiento ya que supone el entendimiento de la cultura del otro.

### **Juicio clínico**

Es un razonamiento en transición que surge de la agudeza con la que se percibe la situación, del conocimiento del saber como y de la comunicación que permite conocer a cada persona y establecer un dialogo de formas de pensar distintas.

**Análisis crítico** se da desde el proceso de interacción humana en constante renovación, es cuando el profesional se da tiempo para valorar los cambios.

### **Autoeficacia**

Es una creencia en las propias capacidades para movilizar los recursos cognitivos, la motivación y los recursos de acción requeridos, para desarrollar habilidades de cuidado, hacia un desempeño exitoso de una acción determinada.

Finalmente, debe entenderse que estas características interpersonales son la clave para la sensibilidad. Problemas que suelen surgir como el de confianza, credibilidad, apertura personal, así como contacto y conocimiento de la persona.

## **5.6.-Estrategias para la implementación del Modelo**

Para la implementación del presente modelo, se requiere de poner en marcha algunas estrategias que permitan desarrollar y aplicar el modelo a la práctica. Es importante implementarlo en estudiantes de primer semestre o que iniciarán sus prácticas clínicas, por lo que se requiere que los programas por asignaturas sean enfocados al cuidado y al desarrollo de habilidades de cuidado.

Como primera fase se requiere de la preparación de docentes teóricos y docentes de práctica, en la necesidad de cambio de modelos biologicistas a modelos de cuidado, para que sean los propios docentes quien enfatizan la importancia de acciones y comportamiento de cuidado tanto en las asignaturas teóricas como prácticas y sea desde las instituciones educativas que se trasmite la motivación, la experiencia y el conocimiento sobre cuidado.

Esta fase incluye la estrategia de coordinación directa y continua entre el docente de teoría y el de práctica clínica propuesto en el presente modelo a fin de que ambos integren la socialización del cuidado de los estudiantes con la misma visión, para conseguir esto se proponen acciones de:

a).- Selección y contratación de los docentes de práctica que laboren en la institución de salud o comunitaria donde se realicen las estancias clínicas y comunitarias.

Es importante contar con un docente de práctica de la institución con conocimiento del modelo como facilitador de práctica para formar entornos de cuidado en donde los estudiantes puedan desarrollar y aprender el proceso de cuidado.

Es importante que el docente de práctica sea una persona de la misma institución y que se encargue de promover el cuidado durante la práctica, que sea una persona conocedora del proceso enseñanza- aprendizaje de cuidado, que reconozca la importancia de conceptualizar, integrar y socializar en el estudiante el cuidado.

Este profesional será responsable de la socialización de cuidado en el momento de práctica y de propiciar ambientes de cuidado que le permitan enfatizar acciones y comportamientos de cuidado que el estudiante integra en su aprendizaje práctico

b).-Reunir y capacitar tanto a la docente de formación como a la docente de práctica sobre la aplicación y bases del modelo.

c).-Planear el desarrollo de la estancia clínica y/o comunitaria para desarrollar y promover entornos de cuidado.

Como fase dos para desarrollar habilidades de cuidado, en la formación del estudiante de enfermería es importante resaltar los valores necesarios para el cuidado, por lo que el docente debe realizar las siguientes acciones en clase:

a).-En cada tema que imparte incluir una reflexión sobre el cuidado.

b).-Permitir un espacio para que el estudiante exprese sus experiencias sobre el tema.

c).- implementar estrategias y técnicas docentes que le permitan al estudiante conocer situaciones reales de cuidado.

d).- Incluir en los programas actividades que permitan el desarrollo de habilidades de cuidado.

e).- Cada docente debe implementar estrategias para desarrollar el cuidado de acuerdo a su asignatura.

Por ejemplo en la signatura de cuidado humano del niño y el adolescente se desarrollaran habilidades como la comunicación con la familia con modelos de cuidado familiar.

Los estudiantes elaboran guías educativas para las mamás de los niños y aplicaran técnicas de rapport para ganar la confianza de los niños diseñan títeres, elaboraran cuentos y realizan visitas a lugares de convivencia infantil.

## **5.7.-Evaluación integral del Modelo**

Se establece una evaluación de acuerdo al grado de competencia de los estudiantes de enfermería, ya que el desarrollo de habilidades se da de manera individual de acuerdo a la autoeficacia de cada estudiante y a la experiencia que adquiere en su formación y práctica del cuidado.

Cada estudiante elabora una auto-evaluación de cada una de las habilidades de cuidado a fin de que sean ellos mismos quienes entiendan los puntos a fortalecer de cada una de las habilidades de cuidado (Anexo 1)

Complementa su evaluación al responder la Escala de evaluación de autoeficacia para el cuidado (Anexo 2)

Evalúa al docente teórico y práctico en los puntos de promoción de la autoeficacia en su aprendizaje y desarrollo de habilidades.

Elabora para su evaluación un reporte de experiencias de cuidado, que serán evaluadas al finalizar la práctica clínica

La evaluación integral del modelo se realizará cada fin de semestre, donde el docente teórico entregará un informe de habilidades por estudiante para mostrar el avance de manera personal

El docente de práctica evaluará en el entorno de práctica las actividades que el estudiante realiza para brindar cuidado así como las dificultades que se presentan al cuidar.

## **6.-Consideraciones Éticas**

En este estudio prevaleció el criterio de respeto a la dignidad y a la protección de los derechos humanos de las personas que participaron como lo establece el artículo 13 del reglamento general de salud en materia de investigación.

Cada uno de los informantes participó de manera voluntaria ya que se solicitó se firmara un consentimiento informado por escrito de cada uno de ellos para participar o no en la investigación propuesta. Donde se proporcionó información sobre la finalidad, los riesgos, los beneficios y las alternativas a la investigación, como lo establece el artículo 20 del reglamento general de salud en materia de investigación.

Se realizó bajo la responsabilidad de algunas instituciones de atención a la salud que actúa bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes, como lo establece el artículo 14 del mismo reglamento.

De la misma manera se contó con la autorización de las autoridades de las instituciones educativas que participaron en el estudio.

Se protegió la confidencialidad y anonimato de cada participante, como lo establece el artículo 16 del mismo reglamento identificándolo con códigos, cuando los resultados que así lo requirieron y se estableció un acuerdo específico del uso de la información garantizando la custodia de los datos.

## **7.-Consideraciones Finales**

Este Modelo de Integración y Desarrollo de Habilidades de Cuidado al ser implementado tiene importantes repercusiones en la práctica educativa al transformar la formación y enseñanza que exige nuevas competencias de los profesores y estudiantes, para enseñar y aprender, para acceder al nuevo conocimiento e integrarlo al tomar decisiones en la práctica de enfermería, que está acompañada de un paradigma que ha permanecido por mucho tiempo y que nos aleja del proceso de cuidado, demuestra los fines y aspectos del conocimiento clínico, desde un enfoque personal y contextual, que valida la enfermería como una actividad ética y estética del cuidado.

Las instituciones de educación en enfermería, tendrán la tarea de enseñar con un alto nivel de competencia, conocimientos y habilidades propios de la disciplina enfermera, ya que es necesario incorporar elementos que atañen más a las habilidades personales y sociales, a las actitudes y valores, para formar a los estudiantes para que se conviertan en ciudadanos de bien, informados y profundamente motivados, provistos de un sentido crítico y capaz de analizar los problemas y buscar soluciones que se planteen a la sociedad, para asumir responsabilidades sociales.

Tiene repercusiones que son muy importantes y sobre todo necesarias en la práctica del cuidado, representa un nuevo y profundo desafío para los futuros profesionales, de la disciplina enfermera, que transformaran nuestro sistema de salud, al contar con un sujeto reflexivo, pensante, flexible y creativo para enfrentar los procesos y situaciones de cuidado de forma constructiva y con mayor autonomía.

Primero, describe el ejercicio de la enfermería, desde el punto de vista de la disciplina y no desde un punto de vista ajeno a su contexto, en el que el futuro profesional de enfermería mantendrá una actitud crítica y reflexiva, frente a la realidad social del ser humano y sus derechos y convertirá su práctica diaria en un medio para la visibilidad, de una actitud que le permite brindar cuidados con calidad y sensibilidad humana, que le reporta crecimiento como personas y profesionales de cuidado comprometidos, provistos de un sentido crítico y capaz



de analizar los problemas y necesidades de cuidado y buscar soluciones, donde se planteen asumir responsabilidades y poner en práctica, las habilidades de cuidado como beneficio para la sociedad.

Es necesario transformar la enfermería para actuar de manera proactiva en los nuevos escenarios de salud, ya que uno de los ingredientes del proceso de innovación, está dado por las relaciones inter-personales, que exigen nuevas competencias y habilidades así como oportunidades de formar profesionales con mayor autonomía, para seguirse educando y adelantarse a las exigencias de su práctica profesional.

El cuidado tendrá otra proyección en todos los ámbitos, ya que lo reproducimos en nuestras relaciones primarias, escuela, en el trabajo y en las relaciones sociales, por lo que será más que una acción práctica, un valor intrínseco en la evolución del ser humano.

El presente Modelo Innovador: Educación para la Integración y Desarrollo de Habilidades de Cuidado de los Estudiantes de Enfermería, lograra que el estudiante visualice una integración entre teoría y práctica para conceptualizarlo como proceso de formación y de cuidado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amezcu M. (2000). Enfermedad y padecimiento: significados para la práctica de los cuidados, *Cultura de los Cuidados*, IV(7-8), 60-67.

Aranguren, J. (1981). *Ética*. Madrid. Editorial. Alianza Universal.

Bandura A. (1986) *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. Traducción. Castellano: *Pensamiento y acción: Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca, 1987

Bandura, A. (1995) *Exercise of personal and collective efficacy*. En: Bandura, A. (ed.) *Self – efficacy in Changing Societies*, EEUU: University of Cambridge, pp. 1 – 45.

Bandura, A. (2001) “Guía para la Construcción de Escalas de Autoeficacia”.  
(Traducción) Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba Argentina

Bandura, A. (1997) *Self – Efficacy. The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman and Company.

Benner P. (2000) *The wisdom of our practice. Thoughts on the art and intangibility of caring practice*. *AJN*, 100 (10): 99-105.

Benner, P. (1987). *Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional*. Barcelona, Ediciones Grijalbo, S.A.

Benner, P, (1984) *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park , Ca.: Addison-Wesley, 1984.

Blanco Fraile Cristina (2010). *Integración de la teoría y la práctica enfermera*.

Diseño de un instrumento para la evaluación de la competencia en el manejo del proceso enfermero a lo largo de la formación de grado, *Reeduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Master*. 2 (1): 1-65

11, 2010 ISSN: 1989-5305 1 Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Ciudad Universitaria, s/n 28040 Madrid.

Bloom, BS. (1975). Taxonomía de los objetivos de la educación. Ámbito de la afectividad. (vol. II). Alcoy: Marfil.

Boykin, A & S. Schoenhofer.(1993) Living a caring-based program, Nueva York: National League for Nursing.

Branda, LA. (2001). Innovaciones educativas en Enfermería. Aprendizaje basado en problemas, centrado en el estudiante y en grupos pequeños. Rol de Enfermería, 24(4): 309-312.

Branda, LA. y Yin-Way. (2000). Evaluación de las competencias del tutor. Argentina: Bahía Blanca.

Buxarrais, M. (1997). La Formación de Profesorado en Educación en Valores. España. Editorial Brouwer.

Cabrero García, Julio; Richart Martínez, Miguel. (2000) Investigar en Enfermería. Concepto y estado actual de la investigación en enfermería. Universidad de Alicante.

Cachón, E. (2007). El hospital y el paciente. Declaración de principios, realidad y paradojas. *Index de Enfermería*, 56:35-39.

Callista Roy. (2002) Entrevista con Aquichán; 2(2): 36-39.

Cárdenas, María H; Ferrer, Reina X; Reina, Rosa. Significados del Cuidado Humano en Salud Reproductiva. Biblioteca Lascasas, 2009; 5(2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0427.php>

Castrillón A. (2001) Teoría y práctica de la enfermería: los retos actuales Investigación y Educación en Enfermería, vol. XIX, núm. 1, marzo, 2001, pp. 55-56 Universidad de Antioquia Medellín, Colombia.

Chan, D. S.K. (2001) Combining qualitative and quantitative methods in assessing hospital learning environments. *International Journal of Nursing Studies*, 2001; 38: 447-459. [Resumen Medline] [Documentos relacionados Medline]

Chun-Heung, L.H.y French, P. (1997) Education in the practicum: a study of the ward learning in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 1997; 26: 445-462. [Resumen Medline] [Documentos relacionados Medline]

Cohen, HA. (1988). *La enfermería y su identidad profesional*. Barcelona: Ediciones Grijalbo, S.A

Davini, MC. (1995). *La formación docente en cuestión: política y pedagogía*. Buenos Aires: Paidós. *Enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country*, Bogotá, Colombia.

Escudero, B. (2003). Humanismo y tecnología en los cuidados de enfermería desde la perspectiva docente. *Enfermería Clínica*, 13(3), 164-170.

Fermoso, P (1981). *Teorías de la Educación*. 2da Edición. Editorial Trillas. México

Fernández, C. (1997). La investigación en cuidados y el desarrollo disciplinar. [En XVIII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. 20 años de formación enfermera. Repercusiones en la práctica profesional: Un análisis con futuro. Cádiz: AEED].

Gálvez Toro Alberto. (2005) *Pedagogía de la desmotivación: soy tonto, me llaman inútil*. Dos estrategias de socialización secundaria en el hospital. *Index de Enfermería* 48-49.

Gálvez Toro A. Errores en el lenguaje: Nursing no es Enfermería. "Cuidado" no es Care. *Biblioteca Las casas*, 2007; 3(3). Disponible en <http://www.indexf.com/las casas/documentos/lc0251.php>

- Gamargo, C y Rojas, J (1998). Docencia y Valores. Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Caracas
- Guillén Velasco, Rocío del Carmen. La connotación humana y cultural del cuidado. Biblioteca Las casas, 2010; 6(3). Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0557.php>
- Glaser B, Strauss A. (1967) The discovery of Grounded theory: Strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing.
- Gómez, C., Francisco, C. y Sanz, C. (2004). Estudio de un caso desde la perspectiva de Dorothy Orem. Disponible <http://www.enfermeria21.com/educare/>
- Gras, M. (1987). Actitudes y cambios de actitud en los docentes durante el proceso de formación. Tesis doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Hernández, AS. (2001). Algunas consideraciones acerca de los valores humanos y el profesional de enfermería. *Aquichán*, 1(1): 18-22.
- Hernández, V, Fabián, A. & Navarro, M. (2001) Proceso de Enfermería: Su Teoría Y su Práctica, *Desarrollo Científico Enfermería*. Vol. 14 N° 7 Agosto, 2006
- López, SR. (2004). Revisión crítica sobre los modelos de práctica enfermera y sus resultados. *Index de Enfermería*, 44-45: 32-36.
- Marriner – Tomey, Ann.(2002) Introducción al análisis de las teorías de Enfermería, Editorial Manual Moderno, Bogotá, 2002, pp. 3 – 14
- Marriner-Tomey, Ann; Alligood, Martha Raile. (2003) Modelos y teorías en Enfermería. Madrid: Mosby; (5ª ed.).
- Massarweh, L.J.(1999) Promoting a positive clinical experience. *Nurse Educator*, 1999; 24(3): 44-47. [Resumen Medline] [Documentos relacionados Medline]

- Medina JL. (1999) *La Pedagogía del Cuidado: Saberes y prácticas en la Formación Universitaria en Enfermería*. Barcelona: LAERTES.
- Mejía, ME. (2006). Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera paciente en el ámbito del cuidado clínico. *Index de Enfermería*, 54: 48-52.
- Meleis, Afaf. (2000). La relación entre la teoría, la práctica y la investigación con la calidad del cuidado de enfermería. Ponencia presentada en el VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Memorias Acofaen, Bogotá Noviembre de 2000, pp. 86 – 94.
- Merino Fernández José. (1982) Orientaciones pedagógicas para la integración social de los deficientes mentales a través del tiempo libre, *Ciencias de la Educación*, 1 12, pp. 491-508.
- Miralles, L. (2005). La profesión enfermera y el mercado laboral: Retos y oportunidades. *Metas de Enfermería*, 8(1): 53-56.
- Morse, Janice M. (2007) What is the domain of qualitative health research? *QualitativeHealthResearch*; 17: 715-717.
- Murray, ME., Atkinson, LD. (1996). *Proceso de atención de enfermería*. (5ª ed.). México: McGraw-Hill. Interamericana.
- Navarro, FJ., Martínez, MT., Viguera, D. y Rodríguez, MC. (2002). Perfil del tutor de prácticas de alumnos de enfermería. Un estudio cualitativo. *Index de Enfermería*, 39: 16-19.
- Pajares, F. (1996): "Current directions in self-efficacy research". En M. Maer y P.R. Pintrich (Eds.): *Advances in motivation and achievement*, vol.10, pp.1-49. Greenwich, CT: JAIPress.

Payme, M.(2002) Diccionario de la teoría crítica y estudios culturales. Buenos Aires Editorial Paidós. 2002; 729.

Pérez, Antonio (1997). Más y mejor educación para todos. Editorial:  
San Pablo. Venezuela.

Poblete T, M. C. Valenzuela S. Merino J.M. (2012) Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson, AQUICHAN - ISSN 1657-5997 AÑO 12 - VOL. 12 Nº 1 - CHÍA, Colombia - 2012 | 8-21

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, título segundo De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, capítulo 1 Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Rivas Riveros E, Montalvo Prieto A, Flórez Torres (2008) Enfermería para el siglo XXI. Teoría de la Enfermería. ¿Un camino de herradura? Aquichán; 8(1): 67.

Rivera Álvarez Luz Nelly, Triana Álvaro (2007). Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country. Actual Enfermería 2007; 10 (4): 15-21.

Roach, S. S. (1991)The call to consciousness:in today´s health world´´, en Gaut D, & M.M. Leniinger. Caring: the compassionate healer. Nueva York: National League for Nursing, 1991, pp. 1-17

Sandoval C, Carlos A. (1996) Investigación cualitativa, Especialización de teorías, métodos y técnicas de investigación social. Bogota, Icfes.

Schón DA. (1992)El profesional reflexivo. Madrid: Paidos.

Schön, D. (1998). El profesional reflexivo. Cómo piensan los profesionales cuando

actúan. Barcelona: Paidós.

Schunk, D.H. (1996): "Self-efficacy for learning and performance". Paper presented at the meeting of the American Educational Research Association, New York.

Siles, J. (2004) La Construcción social de la Historia de la Enfermería. Index de Enfermería. 2004; 47: 7-10.

Silva de Andrade L, Viana L. (2008) Reflexiones sobre el paradigma de la complejidad y el caos y sus nexos con la Enfermería del tercer milenio. Enfermería Global 2008; 14

Souza ML, Sartor VVB, Padilha MICS, Prado, ML.O(2005) cuidado en enfermería: una aproximación teórica. Texto & Contexto Enfermería. 2005 abr/jun; 14(2): 266-70

Strauss A, Corbin J. (1998) Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. Newbury Park: Sage.

Strauss A, Corbin J. (2002) Bases de La investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín (Colombia): Editorial Universidad de Antioquia.

Suárez B. (2003) Importancia de la investigación para el desarrollo de la disciplina de Enfermería. Revista Aquichán 2003; (3): 5-8.

Taylor, Bogdan S. (1998) introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós Básica; 1998, cuarta reimpresión.

Thorell-Ekstrand, I. y Bjorvell, H. (1995) Nursing Students' experience of care planning activities in clinical education. Nursing Education Today, 1995; 15: 196-203.



- Torralba i Roselló F.(2005) Antropología del cuidar, Instituto Borja de Bioética, Fundación MAPFRE, MEDICINA,331
- Vizcaya, MF., Pérez, RM., Juan, J. de, Domínguez, JM. Cibanal, L. y Siles. (2004). Percepción de los estudiantes de enfermería sobre el entorno de aprendizaje clínico: el clima social. Evidencia, 1(2): 1-15.
- Wade GH, Kasper N. (2006) Nursing Students' Perceptions of Instructor caring: An Instrument based on Watson's Theory of Transpersonal Caring. Journal of Nursing Education; 45(5): 162 – 168.
- Waldow Regina, (2008) Cuidar expresión humanizadora de Enfermería, Traducción por Ferrero Daniel y Juen Estela, Editorial Nueva Palabra, México, 137-148.
- Windsor, A.(1987) Nursing students' perceptions of clinical experience. Journal of Nursing Education, 1987; 26(4): 150-154. [Resumen Medline [Documentos relacionados Medline]
- Zabalegui A. (1999) Prácticas clínicas en enfermería: métodos docentes. Educación Médica,: 2(4): 161-166.
- Zabalegui A. (2003) El rol del profesional de Enfermería. Rev. Aquichán; 3(3):16-20.

# ANEXO 1

## EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE HABILIDADES POR ASIGNATURA

NOMBRE \_\_\_\_\_ GRUPO \_\_\_\_\_ CARRERA \_\_\_\_\_

ASIGNATURA-----

HABILIDADES DE CUIDADO	ESCALA DE EVALUACIÓN	RESULTADO OBSERVADO	RESULTADO AUTO-EVALUADO
<b>Valores necesarios para brindar cuidado</b>			
<b>Conocimiento sobre cuidado</b>			
<b>Capacidad reflexiva</b>			
<b>Juicio Clínico</b>			
<b>Análisis Crítico</b>			
<b>Intuición</b>			

## ANEXO 2

### Escala de evaluación de autoeficacia para el cuidado

#### Caring Efficacy Scale

La versión original del instrumento, realizada en el año 1980, se adaptó para ser aplicada en 1992, quedando constituida por 30 ítems de formato Likert con intensidades -3 a +3, balanceados en ítems positivos y negativos.

NOMBRE \_\_\_\_\_ GRUPO \_\_\_\_\_ ASIGNATURA \_\_\_\_\_

No	ITEMS	NEGATIVO			POSITIVO		R
		-2	-1	0	+1	+2	
1	No siento confianza en mis habilidades para expresar un sentido de cuidado a mis pacientes.						
2	Si no me estoy relacionando bien con un paciente trato de analizar qué puedo hacer para llegar a él/ella.						
3	Me siento cómoda al "tocar" a mis pacientes cuando proporciono cuidado.						
4	Transmito un sentido de fortaleza personal a mis pacientes.						
5	Mis pacientes pueden hablarme de casi cualquier cosa y yo no me sentiré enfadada.						
6	Tengo habilidades para introducir un sentido de normalidad en condiciones estresantes.						
7	Es fácil para mí considerar las múltiples facetas del cuidado de un paciente, al mismo tiempo que lo escucho.						
8	Tengo dificultades para dejar de lado mis creencias y prejuicios para escuchar y aceptar al paciente como persona						
9	Puedo caminar en una habitación con aspecto de serenidad y energía que haga sentir mejor a los pacientes.						
10	Soy capaz de sintonizar con un paciente en particular y olvidar mis preocupaciones personales.						
11	Usualmente puedo establecer alguna forma de relacionarme con la mayoría de los pacientes.						
12	Carezco de confianza en mi habilidad para hablar con pacientes cuyos orígenes son diferentes al mío.						
13	Siento que si tengo una conversación muy personal con mis pacientes las cosas pueden perder el control.						
14	Uso lo que aprendo de mis conversaciones con pacientes para suministrar un cuidado más individualizado.						
15	No me siento con la fortaleza suficiente para escuchar los temores y las preocupaciones de mis pacientes.						

	ITEMS						
16	Aun cuando siento confianza en mí misma respecto a la mayor parte de las cosas, todavía soy incapaz de relacionarme con mis pacientes.						
17	Creo tener problemas para relacionarme con mis pacientes.						
18	Usualmente puedo establecer una relación estrecha con mis pacientes.						
19	Usualmente logro agradecerles a mis pacientes.						
20	Cuando trato de resolver un conflicto con pacientes, habitualmente lo hago peor.						
21	Cuando trato de resolver un conflicto con pacientes, habitualmente lo hago peor.						
22	Si pienso que un paciente está incómodo o puede necesitar ayuda, me acerco a esa persona.						
23	Si encuentro difícil el relacionarme con un paciente, dejo de trabajar con esa persona.						
24	A menudo encuentro difícil relacionarme con los pacientes de culturas diferentes a la mía.						
25	He ayudado a muchos clientes/pacientes a través de mi habilidad para desarrollar relaciones cercanas y significativas.						
26	A menudo encuentro difícil expresar empatía con /pacientes.						
27	A menudo me siento agobiada por la naturaleza de los problemas que los clientes/pacientes están viviendo.						
28	Cuando un paciente está teniendo dificultades para comunicarse conmigo, soy capaz de adaptarme a el.						
29	Aún cuando realmente trato, no puedo terminar los cuidados con pacientes difíciles.						
30	No uso formas creativas o poco usuales para expresar cuidados a mis pacientes.						

Fuente.- Poblete (2012)  
 Coates C. *The Caring Efficacy Scale: Nurses' Self-Reports of Caring in Practice Settings. Adv Practice Nurs Quarterly/ Summer 1997; 3 (1): 53-9.*