

***Prácticas clínicas
Manual para el alumno
y el tutor de enfermería
y otras carreras
de Ciencias de la Salud***

Sagrario Acebedo Urdiales
Virtudes Rodero Sánchez
M.^a Jesús Aguarón García
María Jiménez Herrera
Carmen Tió Molist
Carmen Vives Relats

Edita:
Publicacions URV

1a edició: de 2014
ISBN: 978-84-8424-345-8

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili:
Av. Catalunya, 35 - 43002 Tarragona
Tel. 977 558 474
www.publicacionsurv.cat
publicacions@urv.cat

Aquesta edició està subjecta a una llicència Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported de Creative Commons.
Per veure'n una còpia, visiteu <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> o envieu una carta a Creative Commons, 171 Second Street,
Suite 300, San Francisco, California 94105, USA.

☞ Aquesta editorial és membre de la Xarxa Vives i de l'UNE,
fet que garanteix la difusió i comercialització de les seves publicacions a escala estatal i internacional.

Prácticas clínicas
Manual para el alumno y el tutor de enfermería
y otras carreras de Ciencias de la Salud

Sagrario Acebedo Urdiales

Virtudes Rodero Sánchez

M.^a Jesús Aguarón García

María Jiménez Herrera

Carmen Tió Molist

Carmen Vives Relats



Tarragona, 2014

Índice

PRESENTACIÓN	7
CAPÍTULO 1. MARCO FILOSÓFICO Y CONCEPTUAL DE LA CIENCIA DE LOS CUIDADOS...	9
Paradigma sociocrítico	9
La ciencia de los cuidados.....	11
Valores para la práctica en enfermería.....	19
Bibliografía.....	35
CAPÍTULO 2. EL APRENDIZAJE DE LA PRÁCTICA REFLEXIVA	37
¿Qué es la práctica reflexiva?	37
¿Cómo es la práctica reflexiva en enfermería?	38
El aprendizaje del estudiante en el entorno clínico.....	40
El diálogo entre el tutor y el estudiante	41
Estrategias del tutor que fomentan el aprendizaje	46
Modelos y estrategias para desarrollar las habilidades reflexivas	48
En conclusión.....	55
Bibliografía.....	56
CAPÍTULO 3. APUNTES PARA UNA ÉTICA DEL TUTOR.....	59
Introducción.....	59
Las competencias éticas	61
Los códigos deontológicos: ¿qué son y para qué sirven?	61
Los principios de bioética	63
La ética de los cuidados	63
¿Cuáles son los valores éticos del tutor?.....	66
Conclusiones	68
Bibliografía.....	68
CAPÍTULO 4. LA EVALUACIÓN POR COMPETENCIAS	71
La evaluación por competencias	72
El proceso de evaluación.....	73

¿Qué es la evaluación del aprendizaje?	74
¿Qué evaluar?	75
¿Para qué y cuándo evaluar?	77
¿A quién y quién evalúa?	77
¿Cómo evaluar?	78
Bibliografía	80
ANEXOS	81

Presentación

Este manual es fruto de las conversaciones mantenidas con los tutores de las prácticas clínicas acerca de las situaciones que encuentran en el proceso de enseñar a aprender y en la verificación de si los alumnos aprenden aquello para lo que se les está capacitando.

Siendo conscientes de que el tutor del alumno es una persona clave por ser el referente más próximo y modelo de aprendizaje del alumno, este manual tiene como objetivo acompañarle en este proceso facilitándole un recurso para desarrollar la competencia tutorial.

Tenemos el convencimiento de que la educación es el más humanizado empeño humano, siendo la principal asignatura que enseña en qué consiste ser persona. Educar es creer en la capacidad innata de aprender y en el deseo de saber. La educación es valiosa y válida. En el intercambio con nuestros semejantes aprendemos que las cosas no solo son lo que son, sino también lo que significan. Puede aprenderse mucho de lo que nos rodea sin que nadie nos lo enseñe, pero para entrar en el jardín simbólico de los significados tenemos que pedirle la llave a nuestros iguales, ya que no es lo mismo procesar información que comprender los significados; esta es una luz del que guía.

Los temas que se desarrollan en las siguientes páginas se ofrecen a los tutores para su estudio y reflexión, con la idea de profundizar en ellos con la mirada puesta en los alumnos. También puede orientar al estudiante hacia la comprensión de que el aprendizaje de competencias en la práctica clínica requiere desarrollar su propia responsabilidad y compromiso.

La exposición de los temas que se presentan no puede ser exhaustiva, pues se trata de un manual. Por ello es importante que cada tema se complemente con la reflexión personal y en equipo, así como con las aportaciones de la bibliografía.

El manual cuenta con cuatro capítulos:

El **capítulo 1** nos introduce en la ciencia humana de los cuidados y trata de los aspectos que fundamentan la naturaleza y el conocimiento de la asistencia. Se explican los supuestos filosóficos del paradigma sociocrítico. Se identifican y analizan los conceptos propios del paradigma de enfermería y los conceptos principales que la singularizan.

Nos relata cómo cuidar a través de los diez factores de cuidados humanos descritos por J. Watson y nos plantea el proceso de razonamiento clínico como un método de aplicación de cuidados basados en la reflexión y en competencias profesionales orientadas a la práctica de la asistencia en enfermería en el siglo XXI.

El **capítulo 2** aborda la práctica reflexiva como una competencia que debe adquirir el estudiante, la cual le debe permitir aprender de la experiencia. Profundiza en la idea de que el hábito de reflexionar es esencial para que el clínico enfermero desarrolle las habilidades de asistir a las personas. Se desarrolla qué es y cómo es la práctica reflexiva. Se plantea un marco en un doble sentido: por un lado, ayudar a los estudiantes a entender y ser capaces de reflexionar sobre las interpretaciones que realizan; por otro, ayudar a los tutores mediante la descripción de un diálogo entre el tutor y alumno que conlleve una reflexión recíproca.

El **capítulo 3** nos plantea la ética como un saber para actuar de forma racional que nos guía en la toma de decisiones prudentes y correctas. A través de los encuentros alumno-tutor se puede ayudar a reflexionar con final objetivo de evaluar los aspectos éticos de nuestro quehacer. También ofrece una visión de la ética del cuidado procedente de diferentes autores y describe desde la perspectiva del filósofo Fernando Savater los valores que denomina «universales éticos», que deben estar presentes en los procesos tutoriales de aprendizaje.

Por último, en el **capítulo 4** se introduce un modelo de evaluación capaz de valorar tanto los niveles de adquisición como las diferentes dimensiones que tienen las competencias que se deben adquirir. El modelo de evaluación que se refiere es cualitativo y formativo; este es el que consideramos válido y adecuado para evaluar los procesos de formación humana y ofrecer datos útiles que ayuden a comprender en toda su amplitud y profundidad la procedencia de las personas y, por tanto, permita la posibilidad de intervenir y perfeccionar su desenvolvimiento.

Se introduce el dossier de evaluación en el que se marcan las competencias, los resultados de aprendizaje —como rasgos observables— y la ponderación de cada uno de ellos.

Los autores agradecerán cualquier observación que se les haga, en especial las sugerencias y formas concretas de lograr que el manual resulte más útil para los tutores.

Capítulo 1

Marco filosófico y conceptual de la ciencia de los cuidados

*Virtudes Rodero Sánchez
Carme Vives Relats*

El capítulo nos introduce en la escuela de pensamiento de los cuidados¹ (*Science of caring*), y trata de los aspectos que fundamentan la naturaleza y el conocimiento de estos. Pretende dar una visión de la asistencia, vinculada a la cultura, a las creencias y los valores de la persona.

Se explican los supuestos filosóficos del paradigma socio-crítico, planteando los problemas de salud-cuidado-curación desde un enfoque existencial, fenomenológico y sociocrítico. Se identifican y analizan los conceptos propios del metaparadigma de enfermería y los conceptos principales que singularizan la ciencia de los cuidados.

Nos dice cómo cuidar a través de los diez factores de cuidados humanos; nos plantea el proceso de razonamiento clínico como un método de aplicación de cuidados basados en la reflexión y en competencias profesionales; por último, nos muestra competencias profesionales para la práctica de la asistencia en enfermería en el siglo XXI.

Paradigma sociocrítico

La ciencia de los cuidados se enmarca dentro del paradigma sociocrítico, que nace en los años 20 en la Escuela de Frankfurt. Utiliza el método interpretativo para estudiar los fenómenos y además comprenderlos; es decir, investiga la realidad social como las fuentes que producen significados para explicar qué sucede.

¹ Comúnmente el término que se utiliza es "caring", en este libro hemos adoptado el término en español.

Sus propuestas metodológicas son similares al paradigma interpretativo, y además añade una comprensión crítica-ideológica de la relación de la persona con la sociedad y el papel de los valores en el proceso.

Las personas aprendemos una realidad siguiendo la dirección del significado que le hemos dado. Es a partir de esta idea que se nos muestran «comprensibles» los fenómenos —entendiendo como tales la diversidad de las experiencias vividas por las personas— a través de los sentimientos y sensaciones que subyacen en lo vivido y que los individualiza, desde el aquí y ahora (Rogers, 1961, 1992).

Habermas postula el método sociocrítico que integra y supera al mismo tiempo el método científico e interpretativo: este método pretende, además, analizar las formas de opresión (política, social, sanitaria, educativa). La presión ideológica hace que la persona comprenda de forma errónea sus situaciones aceptando sin crítica un orden social que le impide llevar a cabo sus intereses. En este sentido, la enseñanza de la enfermería es un proceso político que contiene intereses diversos y a menudo contrapuestos.

Los trabajos de Teilhard de Chardin (1965) y Kierkegaard, que no era fenomenólogo, han fundado el existencialismo; Husserl, que no era existencialista, creó la fenomenología. Asimismo, Kierkegaard y Husserl (1965) se unen para elaborar una concepción del ser humano más allá de la atomista.

Heidegger (1927) ha sido el primero en reconocer la coherencia de las ideas de estos dos autores y ha fusionado el existencialismo con la fenomenología para crear la fenomenología existencial. Este movimiento se propagó a partir de Sartre y Merleau-Ponty, y en enfermería, son sus principales teóricos junto con Marta Rogers (1961). Todos ellos han inspirado las teorías que constituyen la Escuela del *Caring*.

Supuestos filosóficos del paradigma sociocrítico

Los seres humanos tienen mundo. Están involucrados, comprometidos. El mundo está constituido y es constitutivo del ser. El mundo del ser humano es diferente al ambiente, naturaleza, universo donde ellos viven. Su mundo es el conjunto de relaciones, prácticas y compromisos adquiridos en una cultura; constituye todo lo que rodea a la persona y donde se halla inmersa; el mundo está dado por la cultura y el lenguaje, y esto posibilita que nosotros nos podamos entender a nosotros mismos y a los demás.

El lenguaje hace posible manifestar las diferentes formas de relacionarnos a través de él, lo que sentimos, el significado que le damos a nuestras vivencias y la intencionalidad de nuestras acciones; todo ello se hace entendible dentro de una cultura y los fenómenos que está viviendo la persona. Lo que aparece en lo narrado por la persona es lo que permite que aparezca. Las cosas se hacen visibles por medio de los significados, el entendimiento y la interpretación (Parce, 2003).

La persona es un ser que da un significado a las cosas. La manera cómo vive y se manifiesta se ve a través de sus actividades prácticas cotidianas. Heidegger (1927) nos habla de dos formas de estar de los seres humanos en el mundo:

El primero es cuando la persona está tan involucrada que no percibe su existencia; está comprometida con cosas que tienen valor y significados para ella.

En el segundo caso, la persona es consciente de su existencia; sucede cuando un fenómeno como la enfermedad aparece. Entonces la vida ya no es normal, muchas cosas importantes se hacen visibles, nos volvemos conscientes de todo, nos damos cuenta de que somos vulnerables y una gran incertidumbre rodea nuestras vidas.

La persona es un ser auto-interpretativo. Los seres humanos lo son porque las cosas tienen importancia para ellos. Cuando están comprometidos expresan, actúan y adoptan una posición.

Los seres humanos, como seres históricos, situados y multifacéticos son comprendidos en aspectos finitos y específicos. Comprender o entender a los seres humanos exige escuchar sus voces, sus historias y sus experiencias. En definitiva, ver y decir lo que es y no es, a lo que Benner (1994) llamó «entendimiento oposicional» y Parce (2003) «paradojas».

La ciencia de los cuidados

Se basa en las ciencias humanas, en los fundamentos y principales conceptos del pensamiento existencial, fenomenológico y sociocrítico. Los conceptos centrales son «cuidados» y «cultura».

Como ejemplo de enfermeras teóricas destacan Leininger, Watson, Parce y Benner. Han recibido grandes influencias por parte de los principios y conceptos de cuidados de Marta Rogers, la teoría existencialista de Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty y los trabajos de Nightingale, Henderson, Hall, Hegel, Kierkegaard y Yalom (1975).

La estructura teórica recogida en sus modelos de cuidados son la síntesis del pensamiento fenomenológico y existencial: con teorías feministas, con la ética y la teoría del desarrollo moral, con la creación de nuevas visiones de la ciencia (incluida la psico-neuroinmunología, PNI) y la teoría cuántica de la física.

La asociación de las ciencias humanas y las ciencias exactas constituyen la base de la ciencia de los cuidados. Esta no es neutra a los valores humanos y no se siente indiferente hacia las emociones humanas como el dolor, la alegría, el sufrimiento, la esperanza y la soledad, sino que se caracteriza por la sensibilidad hacia ellos. Al mismo tiempo se guía por los conocimientos y los métodos científicos predictivos de las ciencias biofísicas.

Watson (1998) reconoce *la naturaleza del cuidado en enfermería como ciencia básica*, y de hecho esta idea tiene una base y un centro de interés diferente a la de otros profesionales de la salud.

Premisas básicas de la Escuela y Ciencia del Caring

De las premisas surgirán los valores y creencias sobre la salud-curación, las cuales nos aportarán nuevos significados en el paradigma de la enfermería.

Premisa 1. «El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades» (Watson, 1998). La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de enfrentarse al entorno.

Premisa 2. «La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que sea logrado algún nivel de comprensión entre la enfermera-persona y paciente-persona». El grado de comprensión se define por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

Premisa 3. «El grado de genuino y sinceridad de la expresión de la enfermera se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado» (Watson, 2002). La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Conceptos del metaparadigma de enfermería

PERSONA

Para Heidegger (1962), el ser humano no puede ser explicado causalmente, solo puede ser comprendido accediendo al sentido que le otorga a sus propias acciones. La definición de Parce (2003) entronca con la visión existencialista: «El ser humano elige libremente el significado que le da a las situaciones de acuerdo con sus propios valores prioritarios».

La *libertad de elegir*, sea cual sea la situación, lo convierte en un ser imprevisible y en constante cambio. Participa de forma activa en el desarrollo de su vida; es el actor de su vida, la cual crea de forma constante en su relación con el entorno, desde el más inmediato al más lejano (Parce, 2003).

Watson (1998) define la persona como «un ser en el mundo», formado por mente-cuerpo-espíritu, que conforman una unidad que experimenta y percibe. El ser humano no puede ser dividido ni reducido, es mucho más y diferente que la suma de sus partes. Esta definición trasciende el concepto de holismo. Parce (2003) dice que el ser humano no puede ser analizado desde una relación causa-efecto con su entorno, y no

puede ser resuelto en tanto que problema, pues no es previsible ni puede ser confinado a una categoría de situación.

La Escuela del *Caring* señala que no puede entenderse a la persona sin tener en cuenta algunas variables:

- ✦ *La globalidad de la persona.* Es un organismo biológico capaz de percibir, pensar, vivir emociones, hacer elecciones y actuar. El cuidado debe recoger todos estos aspectos.
- ✦ *La unicidad.* La persona tiene una naturaleza primordial que le es propia, con características físicas, psicológicas, culturales, sociales, y creencias, valores y costumbres. La disposición que adoptan la unión y la manifestación de estas características hacen de la persona un individuo distinto, único y singular. Cada individuo tiene una forma personal de ser y diferente a los otros: simplemente es uno mismo.
- ✦ *La herencia y el desarrollo.* La herencia fija los límites e influye en el desarrollo humano. A medida que las personas van asumiendo los roles asociados a su proceso de vida, van afianzando la confianza en sí mismas, la autoestima, y se conocen mejor.
- ✦ *El poder.* Es la energía para actuar y vivir con el objetivo de mantener lo que más se aprecia. La evolución del ser humano se manifiesta en la expresión del poder. Es la fuerza que sostiene el coraje del ser. Este concepto transmite el significado sobre la lucha de la vida y la voluntad para continuar pese a todo.
- ✦ El poder nos ayuda a afrontar los momentos difíciles, nos impulsa hacia delante, y nos ayuda también a elegir cómo será el cambio y las pautas de salud.
- ✦ *La creación.* Es un concepto que trata *la singularidad humana*. Cada persona define y vive la creación influida por su visión del mundo y sus valores. Las personas estamos continuamente estableciendo pautas de creación, a la vez que nos comprometemos con las posibilidades de la vida diaria. Las enfermeras son testigos de la creación con las personas que están en el proceso de elegir cómo va a ser el cambio de sus pautas de salud (Parce, 2002).
- ✦ *La transformación.* Trata del cambio y la inversión de las visiones que tiene la persona sobre su propia vida. La gente está en lucha por integrar lo que es familiar con lo que no es familiar en el día a día (Parce, 2002). Cuando se realizan nuevos descubrimientos, la persona cambia su comprensión, sus pautas de vida y las visiones del mundo. La transformación es la característica del cambio; cuando esto sucede, la persona ya no es la misma.

ENTORNO

El medio ambiente «está constituido por todas las fuerzas del universo y del entorno inmediato de la persona» (Watson, 1998). El mundo en el que se encuentra la persona forma un todo con ella, de modo que entre ambos se entabla una relación de retroalimentación, capaz de desarrollarse sin límites debido al crecimiento continuo. Es la realidad objetiva y externa, además del marco de referencia subjetiva del individuo.

Para Watson (2002) no hay nada en este universo que no tenga o pueda tener una influencia sobre la persona, y a la vez esta misma puede influenciar sobre el universo desde el entorno más próximo al más lejano. Teniendo en cuenta que el entorno está en continuo cambio y crecimiento, debemos valorarlo desde una perspectiva de complejidad creciente e incierta, y dentro del marco de la probabilidad y no de la certeza.

SALUD

Parse (1981, 1998) entiende la salud desde una perspectiva humanista. No es un proceso establecido, la salud se crea: es resultado de la relación que mantiene la persona consigo misma y con su entorno. La salud es entendida como un valor prioritario, es decir, a una persona se la considera en salud cuando vive lo que es importante en su vida. Esta mirada lleva implícita la noción de calidad de vida. La salud es como la persona es en la actualidad, y se caracteriza por el significado que otorga a cada situación tal como evoluciona.

Watson (1998) contempla la salud como la «unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma», asociada al grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado. La salud tiene un significado puramente subjetivo, solo mensurable a través de la percepción de la persona. Es un compromiso y una responsabilidad personal en aquello que es elegido.

ENFERMERÍA/CUIDADOS

La enfermería, desde la perspectiva humanística, está centrada en las relaciones de cuidado transpersonales. La enfermería es un arte que estudia la experiencia salud-enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética.

«La enfermería es un arte. Cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos de forma semejante a la otra persona que los experimenta» (Watson, 2002).

La enfermera para cuidar debe estar, al menos, tan comprometida consigo misma como lo está con quien presta cuidados, con los alumnos a los que forma, o con la institución en la que trabaja.

Las enfermeras tienen un compromiso consigo mismas, y esto significa:

- ✦ Atender a sus necesidades, ser respetuosa con sus deseos y prioridades.
- ✦ Ser conscientes de que la aportación que realizan es fundamental: consiste en el juicio clínico y en el establecimiento de relaciones significativas, las cuales pueden ser oportunidades de crecimiento para ellas.
- ✦ Contar con un espacio para la autorreflexión sobre la práctica cotidiana, con voluntad de analizar los sentimientos, valores implicados en la misma y reconocer los conflictos si los hubiera.

En el cuidado como práctica, las enfermeras estamos inmersas en un cambio de «cuidar como tecnología» —un camino horizontal de ejecutar— hacia el «cuidar como una ontología, una evolución» —un camino vertical—. Este cambio pone énfasis *en la relación*, en *estar con*, en *ser con*, en la constancia y en la continuidad.

Medina (2006) define cuidar como «una actividad cambiante, inestable, fluida, que permite múltiples interpretaciones. Es una actividad social con altos grados de ambigüedad e incertidumbre que la convierten en una función particularmente compleja».

Cuidar significa tener en cuenta la realidad personal de los demás, sin etiquetas, juicios de valor o clasificación de sus significados. El cuidado pone en evidencia la libertad de elegir de las personas entre diversas situaciones, considerando que el centro del cuidado es la calidad de vida, según la perspectiva de la persona.

Torrallba (2002) define el cuidado como un fenómeno «existencial, relacional y contextual»:

- ✦ **Existencial** porque forma parte del ser y confiere la condición de humanidad.
 - El ser implica algo más que simplemente «estar con»; es «ser con» para poder darse de una manera que produzca un involucramiento real. Es lo que se caracteriza como *presencia verdadera*.
 - Cuidar con un compromiso significa ayudar a otro ser a crecer, promoviendo su integridad y unidad, manteniendo su dignidad y singularidad.
- ✦ **Relacional** porque ocurre en una relación con otro, y se revela en coexistencia con otras personas. La relación de asistencia conlleva:
 - Crear un ambiente propicio para el restablecimiento de la persona.
 - Tomar medidas para asegurar la comodidad y preservar su personalidad.
 - Potenciar la participación de la persona para que controle su vida, su salud, su proceso de vivir o morir.
 - Reconfortar y comunicar.
 - Darles un apoyo afectivo e informar a las familias.

- Guiar a las personas cuidadas informando de los cambios que acontecen en su proceso salud-curación (Benner, 2001).
- ✦ Contextual:
 - Las personas solo pueden ser comprendidas formando parte de un todo mayor, y el significado e interpretación de su situación debe hacerse a partir de un contexto dado (Benner, 2001).
 - El abordaje del cuidado se apoya siempre en un contexto particular de la situación porque asume cambios, intensidades y diferencias en las maneras y expresiones de cuidar, a medida que la persona va transitando por su proceso de vida o muerte.

Conceptos que singularizan la Escuela y Ciencia del caring

- ✦ Relación transpersonal de cuidado
 - ✦ Campo fenomenológico
 - ✦ Concepto de intencionalidad
 - ✦ Consciencia e intencionalidad
 - ✦ Momento de cuidado o una ocasión real de cuidado
- (Watson, 2002; Parce, 2003)

RELACIÓN TRANSPERSONAL DE CUIDADO

El concepto transpersonal hace referencia a una relación subjetiva, persona a persona, en un momento dado, que trasciende simultáneamente a los dos, ligados a otras dimensiones del ser, a una consciencia más profunda, más elevada, que da acceso al campo fenomenológico y a planos de sabiduría interior.

El concepto transpersonal reconoce que el poder del amor, fe, compasión, atención, comunidad, intención y consciencia tiene acceso a una fuente de energía más profunda y elevada, tan importante para curar como el tratamiento convencional de los tratamientos.

Borysenko (1987) cree que la curación se encuentra conectada con los valores que son más importantes en la vida, tales como la sinceridad para amar, una actitud de perdón hacia uno mismo y los demás y la sensación de tranquilidad.

Estas ideas están de acuerdo con algunas nociones de Reed (1991, 1996) acerca de la consciencia. Describe la relación enfermera-cliente en términos de formación de una consciencia particular donde aparece una consciencia del uno con el todo, y del todo con el uno, lo cual nos permite reconsiderar la trascendencia como una expansión de las fronteras del yo, de la perspectiva de vida, de propósitos y de fenómenos.

Así la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su situación de salud.

CAMPO FENOMENOLÓGICO

El campo fenomenológico corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana. Consiste en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales y sentido/significado de las percepciones de uno mismo (todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente y el futuro imaginado de uno mismo).

Rogers (1992) especifica que el ser humano es reconocible a través de su patrón de campo humano. El ser humano y el entorno cambian continuamente, pero existe una continuidad en este proceso de cambio constante. El campo fenomenológico de la persona y el de su entorno son expresiones rítmicas de patrones de ondas, nuevas y variadas. El patrón de campo de energía de la persona se distingue del campo de energía de su entorno; sin embargo, lo percibimos como un campo de onda única.

El cuidado se inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente, de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos.

INTENCIONALIDAD

Es útil considerar el concepto de intencionalidad y su relación con la dimensión transpersonal (Dossey, 1996). «Intencionalidad» no significa lo mismo que la palabra «intención».

El término intencionalidad, en el campo de la mente y el cuerpo, es un término técnico y filosófico, significa «estar orientado hacia un objeto mental» (Quinn, 1996), es una proyección de la atención con un propósito y una eficacia, en la dirección de algún contenido de la consciencia como creencia, voluntad, expectativa, atención, acción y el mismo inconsciente.

Rossmann (1996) afirma que, cuando declaramos nuestra intención, esta tiende a movilizar cualquier resistencia que exista en nosotros para poder manifestar esta intención.

La intencionalidad se encuentra en medio de dos puntos de vista, objetivo y subjetivo, que nos permite conocer las formas a través de las cuales

La intencionalidad nos relaciona con conceptos de consciencia y energía.

Ejemplo:

Nuestra intencionalidad consciente puede estar sustentada en ideas de cuidado, cariñosas, abiertas, generosas y receptivas, en contraste con una intencionalidad para controlar, manipular y obtener poder.

la consciencia intencional podrá influir, directa o indirectamente, sobre el bienestar individual y colectivo.

La relación entre consciencia de cuidar, intencionalidad, amor, totalidad, encaja con la idea de pensamientos con energías de frecuencias diferentes (energía con la que los pensamientos transportan y se comunican los unos con los otros).

Tener una consciencia intencional supone cuidar con pensamientos de alta frecuencia y tener consciencia de los cuidados primarios. Todo ello ayuda a tranquilizar, calmar, potenciar el todo de una persona. «Después comprendí que todo lo que tenía que hacer era estar allí» (Newman, 1994).

CONSCIENCIA E INTENCIONALIDAD

La teoría cuántica sugiere que la verdadera realidad está por detrás de la apariencia de entidades separadas y distintas; son ondas, con posibilidades oscilantes, a la espera de volverse realidades. Cuando son observadas por nosotros, exploramos en ellas, las medimos y participamos en el proceso de ver con intencionalidad; así participamos en la creación de la realidad a través de nuestra intencionalidad.

La complejidad del paradigma cuántico, o caos, no linealidad, consciencia no local, puede ser vista como una onda con posibilidades, a la espera de ser trazadas para la realidad a través de coparticipación de consciencia y de intencionalidad.

Una vez que elegimos y hacemos, las posibilidades se vuelven actuales. El concepto de ambigüedad en las relaciones y en la consciencia proporciona una riqueza de vida y un sentido nuevo de libertad y de elección.

La noción de consciencia e intencionalidad evoca una dimensión creativa, intuitiva, espiritual, que no está condicionada de la misma manera en que lo está la mente limitada en el pensamiento moderno, en cuanto que se localiza y reside en el cerebro.

Momento de *caring* o una ocasión real de cuidados

Whitehead (1953). Pasado, presente, futuro. Todo está contenido en un momento y forma parte de la explicación *de un momento de cuidado*. De este modo, cuando dos personas se aproximan en un encuentro de asistencia, unen sus historias de vida y campos fenomenológicos únicos, produciendo un *evento o una ocasión real de cuidado*.

Este momento de *caring* es un punto focal de no-espacio y no-tiempo donde la experiencia y la percepción tienen lugar; este momento real tiene un campo propio que es mayor y diferente que la ocasión del momento en sí.

Se basa en la creencia de que aprendemos unos de otros, acerca de cómo somos los seres humanos. Nos identificamos con los otros; hallamos sus dilemas en nosotros

mismos y establecemos relaciones con la experiencia humana universal. Este aprendizaje va desde el auto-conocimiento hasta una profunda sabiduría.

En un momento de *caring*, ambas personas aportan en la relación sus historias de vida y un campo fenomenológico que experimentan de modo único (a partir del mundo interior de cada uno), y cada uno está influenciado por la naturaleza del momento, para bien o para mal, dependiendo de la consciencia, de la intencionalidad y autenticidad del receptor de los cuidados.

Una ocasión real de cuidar o momento transpersonal de cuidar conlleva la acción de elegir por parte del cuidador y del receptor de los cuidados. A ambos se le ofrece la oportunidad de decidir cómo estar en relación y qué hacer. Lo que hayan decidido envuelve un modo y no otro.

El paradigma sociocrítico también tiene sus dimensiones morales y éticas; como formadores, científicos y profesionales, debemos procurar retirar el paradigma dominante a través de procesos autónomos y auto reflexivos, y debemos establecer un compromiso con el futuro. Es un amplio despertar de fundamentos morales ontológicos que informan a nuestro conocimiento y dan estructura acerca de nuestra epistemología, de la verdadera naturaleza de la realidad, de la ciencia, del cuidar, del conocimiento y la consciencia. Se trata de salir de un camino restrictivo para curar con conocimiento.

Valores para la práctica en enfermería

Los *valores* mostrarán las creencias que suscribe la enfermera que aplica el modelo. Por su carácter no pueden ser aprendidos por la razón, sino que deben interiorizarse a través de la convicción personal de manera libre, puesto que no admite ninguna demostración.

El sistema de valores de la ciencia del *caring* (Watson, 2002) está asociado a un profundo respeto por el reconocimiento por la persona y la vida humana. Son valores *no paternalistas relacionados con la autonomía humana y su capacidad de elección*. Todos ellos se fusionan en los diez factores de cuidados que recogen todo aquello que la enfermera utiliza para proporcionar asistencia de salud desde el significado, la complejidad y la trascendencia que encierra la atención humana.

Los valores más destacados en los que se basa su filosofía y ciencia de los cuidados son los siguientes:

- ✦ Profundo respeto por las preguntas y misterios de la vida.
- ✦ Reconocimiento de la dimensión espiritual de la vida.
- ✦ Reconocimiento del poder interior de los cuidados humanos y del proceso de curación.
- ✦ Respeto y reverencia por la persona y la vida humana.

- ✦ Reconocimiento de la autonomía del ser humano y su capacidad de elección.
- ✦ Reconocimiento y respeto por la vida-mundo subjetivo de la persona.

¿Cómo cuidar? Los diez factores de cuidados

Watson (1998) nos dice cómo la enfermera puede ofrecer ayuda, guía, educación, apoyo, comodidad y presencia a través los diez factores de cuidados. Se diferencia de los curativos porque estos tratan la patología, mientras que los cuidados ayudan a las personas en sus reacciones y respuestas humanas, frente a una situación o problema de salud, crisis o etapa de desarrollo.

1. Formación de un sistema de valores humanístico y altruista.
2. Tener en cuenta y sostener el sistema de creencias y fomentar la esperanza.
3. Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás.
4. Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y confianza.
5. Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos.
6. Usar procesos creativos para la resolución de problemas.
7. Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal.
8. Crear un entorno de apoyo, protección o corrección mental, física, sociocultural y espiritual.
9. Ayudar en la satisfacción de las necesidades básicas.
10. Aceptación de las fuerzas existenciales y fenomenológicas espirituales.

La relación entre los tres primeros factores de cuidados constituye el fundamento filosófico de la ciencia del *caring*; por ello, los estudiaremos conjuntamente.

I. FORMACIÓN DE UN SISTEMA DE VALORES HUMANÍSTICO Y ALTRUISTA

Humanístico: Incluye la amabilidad, empatía, escucha, respeto y amor hacia los demás. Estos valores los adquirimos en la infancia y son desarrollados por las creencias, las culturas y el arte.

Altruista: Es el compromiso y la satisfacción de recibir dando. Ofrecen significado a la propia vida porque implica relacionarse con los otros. Esto no significa actitudes y conductas de autonegación; al contrario, se refiere a un proceso de maduración y evolución de la persona que da.

Los sentimientos y actitudes humanísticos y altruistas constituyen las bases de la atención humana y promueven los mejores cuidados profesionales; por lo tanto es el factor primero y más importante de la ciencia del *caring*.

La interiorización de los valores humanísticos se gesta durante nuestras experiencias en la infancia y comprende las relaciones con nuestros padres.

Una vez que una persona llega a la vida adulta, la humanización de los valores adquiridos en la infancia comienza a definirse. A menudo es en esta fase cuando la persona decide hacer enfermería. El sistema de valores humanista-altruista es una filosofía cualitativa que guía la vida del adulto. Implica la capacidad de considerar a la humanidad con amor y de saber apreciar la diversidad y la individualidad. Este sistema de valores ayuda a tolerar las diferencias y ver a los otros a través de sus sistemas de valores y no a través del nuestro.

El *caring* está fundamentado en un sistema de valores que afecta a las relaciones que se establecen entre la enfermera y la persona cuidada y su familia. Aunque no seamos conscientes de nuestra filosofía y de nuestros valores, siempre van a influir en la actitud del profesional que cuida. Adler decía que cada uno tiene tendencia a desarrollar un interés social cuando ha superado el estado de egoísmo y aspira al desarrollo del ser. Cada uno de nosotros tiene amor para sí mismo; sin embargo, solo la prolongación del sentido del yo y del amor por los otros es signo de madurez.

2. FOMENTAR EL SISTEMA DE CREENCIAS Y LA ESPERANZA

Existe una relación entre estos dos factores: tener en cuenta y sostener la fe y la esperanza refuerza el sistema de valores. A lo largo de la historia se han demostrado los efectos terapéuticos de las creencias y la esperanza en la curación del hombre.

La historia de la medicina está llena de documentos sobre la importancia de esta creencia. Hipócrates pensaba que antes de tratar la enfermedad de la persona, debía tratarse su mente y su espíritu, para predisponerlos hacia la curación.

En la historia antigua de Egipto, la figura del sacerdote y la del médico correspondían a la misma persona.

Lipkin identifica dos factores que influyen en el tratamiento del paciente: el poder de sugestión y la relación terapéutica. El efecto de la hipnosis y el efecto placebo son dos formas de sugestión que tienen efectos desde aliviar un dolor de cabeza, hasta la desaparición de síntomas mayores de una enfermedad.

El poder de sugestión no es otro que el poder de los sentimientos positivos sobre el tratamiento, los resultados de la investigación, los tratamientos complementarios al tratamiento médico, como la acupuntura, la relajación, la reflexoterapia o bien las prácticas orientales (el yoga, la meditación). Todos estos aspectos están relacionados con tener en cuenta y alentar el sistema de creencias y de esperanza.

Cuando la enfermera acepta sus propios sentimientos es capaz de hacer sentir a la persona que cuida que es comprendida y aceptada, además la enfermera aprende de otras formas de mirar el mundo, la vida.

Para J. Watson, los sentimientos de creencia y esperanza son esenciales en los procesos de curación y curso de la enfermedad, y tienen una influencia significativa en el mantenimiento de la vida. En este factor de cuidados la enfermera debe considerar y sostener el sistema de creencias y la esperanza del paciente a fin de ayudar a aceptar las informaciones que ella le da y a comenzar a modificar su comportamiento hacia un estilo de vida saludable.

La enfermera debe reforzar la fe y esperanza en sí misma, en su propio potencial y en el de la persona que cuida; incluso cuando médicamente no quede nada que hacer puede potenciar la fe y esperanza en algo/alguien más allá de sí mismo.

Cualquiera que sea el sistema científico de los cuidados que la persona necesita, para cuidar se debe descubrir lo que tiene sentido y es importante para la persona. Sus creencias no deben ignorarse; todo lo contrario, se tienen que estimular y respetar como aspectos significativos para la promoción de la salud y su mantenimiento.

3. CULTIVAR LA SENSIBILIDAD HACIA UNO MISMO Y HACIA LOS DEMÁS

Ser humano significa tener capacidad de sentir. Muy a menudo las personas nos permitimos pensar, pero nos prohibimos sentir las emociones. La única forma de desarrollar una sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros es reconocer nuestras emociones y darnos permiso para sentirlas, ya sean dolorosas o agradables.

La sensibilidad hacia uno mismo es el reconocimiento y aceptación de los sentimientos, tanto los dolorosos como los felices. Las personas que no son sensibles para sí mismas y reprimen sus propios sentimientos pueden ser incapaces de permitir a los demás expresar los suyos. El desarrollo de uno mismo como persona, la formación de criterios, los gustos, los valores y la sensibilidad hacia las relaciones humanas derivan de los estados emocionales; la sensibilidad hacia uno mismo nos conduce no solo a la autoaceptación y al crecimiento fisiológico, sino también hacia la aceptación de los demás.

La sensibilidad hacia uno mismo se asienta en los dos anteriores factores y en ellos se apoya la enfermera para ayudar a las personas a reactivar sus objetivos, tales como la satisfacción, la comodidad, la ausencia de dolor y de sufrimiento y un estado de salud mejor.

La cultura, el idioma, el sistema de creencias y los valores guían los deseos y las inquietudes de las personas en relación a la comodidad, al bienestar, al dolor y a la curación de la enfermedad. En el contexto de los cuidados, la enfermera lo que pretende es conocer y comprender a la persona desde su marco de referencia; en cada encuentro y relación que establece con el paciente-cliente, su objetivo es conocerlo como tal.

4. DESARROLLAR UNA RELACIÓN DE CUIDADOS HUMANOS DE AYUDA Y CONFIANZA

Es una relación que se establece en la comprensión de la subjetividad del otro, es decir, cómo viven su experiencia actual de salud y cuál es el significado que tiene para ellos, para comprender cómo perciben su mundo, basándonos en sus creencias y valores, y así poder entender el porqué de sus comportamientos físicos, sus reacciones emocionales, su mundo mental, en relación al problema de salud que está viviendo.

Es un arte y un ideal de intersubjetividad donde hay una implicación por ambas partes. Es un ideal moral en el que la enfermera tiene una mayor preocupación por la dignidad humana y la preservación de la humanidad.

Este tipo de relación implica una calidad de comunicación y desarrollar actitudes de congruencia, empatía, calor humano, escucha activa y respeto.

5. PROMOCIONAR Y ACEPTAR LA EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS

Los sentimientos cambian los pensamientos e influyen en los comportamientos; en definitiva, tienen un gran poder. La ciencia del *caring* debe estar atenta a los sentimientos de las personas cuando se trata de mantener y promover la salud, así como las reacciones que tienen las personas frente a la enfermedad.

Puesto que los sentimientos alteran los pensamientos, conductas y experiencias, necesitan ser reconocidos y considerados en el proceso de cuidados. La enfermera que está implicada en este proceso necesita centrar la atención en los sentimientos y en los aspectos no racionales de un acontecimiento. La relación que se establece en este sentido se sitúa en un nivel más profundo y más honesto, si la enfermera actúa sobre el factor de cuidado.

El hecho de permitir a los otros expresar sentimientos negativos y positivos sin ponerse a la defensiva, sino todo lo contrario, mostrándose favorable a facilitar y compartir la expresión, ayuda a la persona a canalizar su carga emocional, a despejar su mente, a ver las cosas desde otro prisma que le permitirá tomar de-

Exploración: los problemas reales y potenciales se deben descubrir según la percepción del paciente.

Formulación: debe incluir la exploración de lo que preocupa a la persona y de su significado.

Apreciación: decisión de si el problema formulado es suficientemente importante para ser profundizado o explorar la voluntad del paciente para resolver problemas.

Desarrollo de una voluntad para resolver problemas: si no existe voluntad de aprender, será crucial la relación de ayuda (congruencia, empatía, calor humano) y el estímulo hacia el aprendizaje.

Planificación: implica la toma de decisión sobre la forma de resolver el problema; el trabajo enfermero consiste en proponer soluciones alternativas.

Intervención: implica el uso de materiales para procurar una información cognitiva utilizando los métodos más útiles y apropiados.

Verificación: consiste en establecer si la enseñanza permite o no a la persona adoptar las estrategias de ajuste, resolver problemas y avanzar de forma constructiva.

ciones para mejorar su salud. Por tanto, la aceptación y promoción de la expresión de los sentimientos es un importante factor de los cuidados y parte del núcleo del papel de la enfermera y de la ciencia de los cuidados.

6. USAR PROCESOS CREATIVOS PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS

Para la resolución de problemas, la enfermera utiliza el método científico llamado en nuestra disciplina *proceso de gestión clínica*, que la orienta en la recogida y análisis de datos para llegar a poder establecer un diagnóstico de los problemas, elaborar un plan de acción y poner en marcha el tratamiento terapéutico acordado. Este proceso no es estrictamente científico, sino que da cabida a la creatividad mediante un enfoque sistemático para resolver los problemas.

7. PROMOCIONAR LA ENSEÑANZA-APRENDIZAJE TRANSPERSONAL

La educación sanitaria es una de las principales funciones en enfermería. Es un factor de equilibrio clave y ayuda a la persona a gestionar el estrés y la ansiedad. En este proceso de cuidado, la tendrá en cuenta la percepción del paciente antes de dar información cognitiva; esto le permitirá trabajar en el mismo cuadro conceptual que el paciente.

La utilización rutinaria de listas de consejos raramente es útil para la persona cuidada. Este factor está ligado al desarrollo de una relación de ayuda y de confianza (congruencia, empatía, calor humano).

El proceso de cuidados se acerca a la transacción entre la enfermera y la persona. La relación es un proceso interpersonal y recíproco (ambos pueden ser copartícipes activos en el proceso enseñanza-aprendizaje), y las percepciones y el rol de la otra persona son necesarios para aprender. Las siguientes etapas son coherentes con este modelo de enseñanza aprendizaje:

8. CREACIÓN DE UN ENTORNO DE APOYO, PROTECCIÓN O CORRECCIÓN MENTAL, FÍSICA, SOCIOCULTURAL Y ESPIRITUAL

Muchas variables (externas e internas) afectan a la vida y el bienestar de las personas y su interdependencia influye con fuerza en la salud y la enfermedad. Estas variables deben ser tenidas en cuenta en los cuidados rutinarios de las enfermeras:

- ✦ *Comodidad*: en el aspecto *físico*, los cuidados técnicos y de base en enfermería ofrecen numerosas ocasiones para su promoción, como eliminar estímulos nocivos, la posición, cama confortable, ejercicios de movilidad, respiración y relajación. En la *comodidad mental*, aporta medidas para el autocontrol, como escuchar a la persona sobre sus miedos. La *comodidad sociocultural* ayuda a maximizar la elección en la manera de hacer, sentir o pensar. La *comodidad*

espiritual se basa en el conocimiento y comprensión de sus creencias, como reglas alimentarias, ideas sobre la salud y la enfermedad, el dolor, el misticismo o la muerte.

- ✦ *Intimidad*: forma parte de los derechos fundamentales del ser humano. Su violación atenta a la dignidad personal. Las actividades rutinarias deben dejar tiempo de intimidad; se tendrá en cuenta la exposición física y psíquica de la persona y la confidencialidad de la comunicación limitada y protegida.
- ✦ *Seguridad*: se atienden a los factores del entorno interno o externo que pueden ser una amenaza para la persona, como la prevención de infecciones, la evaluación del comportamiento que permite a la persona sentirse segura o la explicación de medidas de seguridad.
- ✦ *Entorno limpio y estético*: el estado afectivo de una persona mejora en un ambiente agradable. Está ligado a la calidad de vida y al buen humor, permite promover un nivel elevado de autoestima, dignidad y contribuye al desarrollo y crecimiento a un nivel superior. El concepto estético comprende un embellecimiento del medio susceptible de placer a la sensibilidad de una persona

9. AYUDA EN LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS

¿Qué es necesidad?

Las necesidades humanas son estudiadas desde un cuadro holístico-dinámico que hace la síntesis de los cuatro componentes (biofísico, psicológico, social y espiritual), del conocimiento de la motivación individual y colectiva y de la adaptación del estado de salud-enfermedad.

Watson agrupa las necesidades en cuatro bloques: de supervivencia, funcionales, integradoras y generadoras de desarrollo.

Supervivencia: alimentación, líquidos, eliminación, ventilación.

Funcionales: actividad-inactividad, sexualidad.

Integradoras: logros, afiliación o pertenencia.

Generadoras de desarrollo: desarrollo inter o intrapersonal y espiritual, autorrealización.

Piulach (1984) define necesidad como un requerimiento de la persona que, si se satisface, alivia, disminuye el estrés o mejora el bienestar.

Se considera que la satisfacción de ciertas necesidades humanas es necesaria para el crecimiento y desarrollo. Las enfermeras intervienen habitualmente sobre esta hipó-

tesis, aunque sus objetivos inmediatos sean más específicos. Establece categorías para las diferentes necesidades humanas en las que la enfermera interviene habitualmente:

La satisfacción de las necesidades humanas es diferente de un individuo —o grupo— a otro. *Determinar las necesidades presentes e importantes* en un momento dado es una situación compleja sobre la cual la disciplina en enfermería no deja de interrogarse. A veces el objetivo general de la «satisfacción de las necesidades para promover el crecimiento y desarrollo humano» se pierde al estar demasiado concentradas en las necesidades de más baja jerarquía, y se convierte en una intervención rutinaria y única que deja de atender objetivos más vastos y complejos.

El concepto de salud óptima es coherente con la jerarquía de las necesidades. Una de las hipótesis de base del cuidado es el hecho de que la enfermera acepta a la persona no solamente cómo ella es ahora, sino cómo puede llegar a ser. Esta hipótesis deja entrever una visión y una apreciación de las posibilidades actuales y potenciales de la persona: todo ser humano tiene necesidades que requieren ser satisfechas para desarrollar sus potencialidades y para crecer.

La enfermera cuando cuide será capaz de identificar las *necesidades reales y potenciales* que son susceptibles de jugar un rol importante en los procesos de salud-enfermedad. Es primordial que la enfermera evalúe siempre las necesidades que para el paciente, desde su punto de vista, son las más importantes.

Si solamente atendemos a las necesidades de la base de la jerarquía, no ayudará a las personas a optimizar su salud. Lo importante es orientar los cuidados hacia lo más alto de la jerarquía.

En la práctica de la asistencia puede ser útil considerar las necesidades pertenecientes a los individuos que les afectan no como temas aislados, sino como seres totales. La persona en su conjunto puede estar en estado de necesidad y no solamente una parte de su cuerpo (por ejemplo: el estómago, los intestinos, el sistema músculo-esquelético). Determinadas necesidades pueden formar parte de una necesidad más compleja o más vasta y no ser un fin en sí.

Esta ayuda está orientada a la satisfacción de las necesidades de supervivencia (alimentos, líquidos, eliminación, respiración, sueño) las funcionales (actividad-inactividad, sexualidad); integradoras (logros, afiliación) y generadoras del desarrollo (desarrollo intra e interpersonal, espiritual y autorrealización).

10. ACEPTACIÓN DE LAS FUERZAS EXISTENCIALES-FENOMENOLÓGICAS-ESPIRITUALES

Es un hecho cotidiano para la enfermera cuidar a personas que tienen que enfrentarse a problemas de lucha, dolor, sufrimiento, y son los factores existenciales y fenomenológicos los que le dan sentido a su condición humana. Ocuparse de una persona tal como es y al mismo tiempo en relación con lo que a ella le gustaría ser es una cuestión de orden existencial-fenomenológico para la enfermera que practica en la ciencia del *caring*.

La práctica en enfermería se preocupa por fenómenos concretos como las necesidades de supervivencia, pero también por fenómenos abstractos como las necesidades de logro, afiliación o actualización; todas están interrelacionadas y en su conjunto conforman la naturaleza global del ser humano. La disciplina de la enfermería no crea una dicotomía en la naturaleza de la persona, sino que cuida a la persona en su globalidad e individualidad.

El profesional de enfermería es muy consciente de que determinados problemas humanos no se pueden solucionar. Las situaciones difíciles que conocen los seres humanos, como son las que se derivan de procesos de salud-enfermedad, crean a menudo un desajuste entre las aspiraciones de las personas y las limitaciones generadas por su estado de salud.

En el plano de la observación, para la enfermería es un hecho familiar que esta importante dimensión humana como es la fuerza (coraje, determinación, perseverancia, valentía) permite de forma significativa a las personas afrontar, salir o adaptarse a estados de salud-enfermedad-curación. Cuando una persona se enfrenta a un conflicto de esta complejidad, las respuestas singulares que le ayudan a afrontar la situación no se encuentran en ninguna categoría médica; en muchos casos solo la visión existencial-fenomenológica que tiene la persona de la vida y sus acontecimientos es la única manera de justificar los comportamientos singulares que tiene la gente para hacer frente a las situaciones.

Los acontecimientos invisibles, y a veces imperceptibles, que dan sentido a la condición humana comprenden cosas como el amor por sus hijos, la creencia en otra vida, desarrollar un talento o salvaguardar sus recuerdos.

La fenomenología se refiere a la voluntad de comprender a los seres humanos a partir de la forma en que ellos ven las cosas, es decir, a partir de su mundo fenomenológico que va a constituir el campo de referencia del individuo de la familia o grupo, y que realmente solo es conocido por ellos mismos.

Todos estos aspectos que sustentan la apreciación subjetiva del mundo de la persona y guían el significado que la persona le da a las situaciones de salud-enfermedad enmarcan el significado que para esta persona tiene la vida. El tener en cuenta el significado de estas fuerzas en la ciencia de los cuidados es más un enfoque filosófico para contemplar la situación humana, que un tipo de técnica.

- ✦ La aplicación clínica de los conceptos existenciales se basa en la asunción de que cada persona debe hallar su propio significado y solución a problemas de la existencia como: las pérdidas, la soledad y la muerte.
- ✦ La orientación clínica de la fenomenología ayuda a la enfermera a comprender a la persona a partir de su propio marco de referencia, desde su propio mundo de los fenómenos.

- ✦ La orientación clínica de la dimensión espiritual se refiere a la esencia interior del ser, lo que permite a la persona alcanzar un alto grado de conciencia en relación a su situación de salud-enfermedad-curación.

Todos los factores de cuidados se actualizan cada momento en el proceso de cuidados, cuando la enfermera está con la persona (ya sea administrando un medicamento o cambiando la cama a un paciente).

Proceso de razonamiento clínico

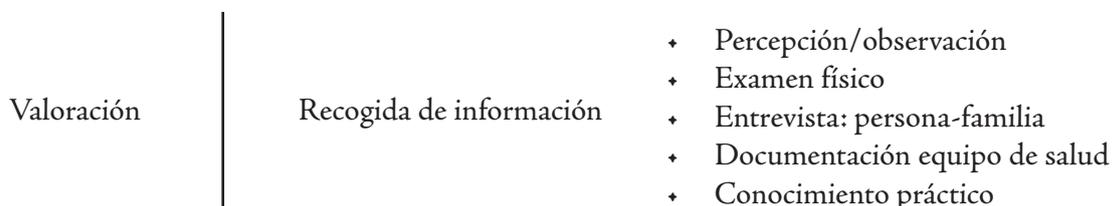
Por proceso de razonamiento clínico se entiende todas las actividades desarrolladas por la enfermera en el «ser cuidado» y tiene como base conocimiento científico, habilidades, intuición, pensamiento crítico y creatividad. El cuidado basado en preservar la dignidad y la totalidad del ser engloba el sentido de integridad y plenitud física, mental, moral, emocional, social y espiritual en fase de vivir o morir, constituyéndose en un último análisis en un proceso de transformación de ambos —la enfermera y el ser cuidado—.

Cada elemento asistencial describe el proceso del modo en que un paciente alcanza o mantiene la salud o muere en paz.

Para que el cuidado tenga lugar, la enfermera percibe la situación de la persona como un todo, y utiliza el pensamiento crítico: el análisis de los datos y la reflexión antes de la acción en el razonamiento en transición. Al reflexionar en y sobre la situación algunas cuestiones e hipótesis son comprendidas.

Preguntas que ayudan a analizar y reflexionar sobre la situación:

- ✦ ¿Cómo se caracteriza esta situación?
- ✦ ¿Cómo está el paciente?
- ✦ ¿Qué precisa sobre su situación o historia de vida?
- ✦ ¿Cómo puedo ayudarlo?



El propósito de la valoración es encontrar coherencia en la historia de la persona entre todas las manifestaciones clínicas.

Tendremos presentes no solo los datos clínicos que estamos habituados a considerar, sino también aspectos subjetivos que el paciente considera desencadenantes o motores relacionados con su situación o problema de salud.

La valoración o historia clínica es un registro del devenir que debería capacitarnos para predecir y modificar el rumbo asumido por la persona. El futuro, el propósito, no se refiere solamente a su situación actual, sino al propósito de la vida o su tendencia general.

Así, hemos de dar un paso más y contemplar el presente y también el futuro de la persona, cuáles son sus expectativas, sus deseos, sus inquietudes, etc. Hay una serie de preguntas muy importantes que serían de interés poder incluir en nuestros encuentros:

- ✦ ¿Qué opina la persona de sí misma?
- ✦ ¿Qué piensa de su enfermedad y propósito?
- ✦ ¿Qué conoce acerca de su cuerpo?
- ✦ ¿A qué atribuye la persona su enfermedad? ¿Cómo ubica esto en el contexto de su historia personal?
- ✦ ¿Qué condiciones cree facilitadoras o inductoras de su proceso de enfermedad actual?
- ✦ ¿Cómo intervienen factores culturales y la relación con otras personas en el contexto de su enfermedad?
- ✦ ¿Qué condiciones puede aportar o qué tipo de estrategias puede elaborar en el seno de su vida cotidiana para contribuir de forma participativa en la solución del problema?

Este enfoque hará posible elaborar una estrategia terapéutica que permita una actitud participativa, la cual garantizará la continuidad de la relación terapéutica y contribuir a despertar el potencial curativo de la persona.

Identificación del problema o necesidades de ayuda

Debemos desarrollar el hábito de *sentir* a la persona, que no quiere decir un análisis objetivo de los datos que nos aporta el paciente, sino un sentir global subjetivo, en el que caben las impresiones e intuiciones.

La enfermera tiene que potenciar su sentido total de observación, sin patrones rígidos preestablecidos, mostrar una total disponibilidad que implique fluidez, flexibilidad, humildad y honestidad. Estas son cualidades del cuidado que favorecen una interacción transparente que abrirá el camino para que la persona contribuya a la solución de su problema. Mostramos nuestra disponibilidad de ayuda cuando:

- ✦ Expresamos reconocimiento al paciente-familia, demostrando aceptación con las palabras, proximidad, mirada y gestos.
- ✦ Es importante que la presencia demuestre seguridad y eficiencia en el desempeño de las intervenciones.

Planificación de los cuidados

- ♦ Acción de cuidar
- ♦ Reflexión durante la acción
- ♦ Evaluación/reflexión tras la acción

Es necesario tomar conciencia de que somos los principales instrumentos terapéuticos, y antes de elegir un tratamiento o cualquier procedimiento, la enfermera debe mejorar la capacidad para utilizar el primero y más importante de los instrumentos terapéuticos a nuestra disposición: nuestra propia vida.

La enfermera, al planificar los cuidados, ha de tener en cuenta la globalidad de la persona, entendiéndola desde todas sus dimensiones —física, emocional, mental y espiritual—. Cada ser es único y el tratamiento es individualizado, particular. Hay personas con problemas de salud y no solo enfermedades.

Durante la acción de cuidar

La acción de cuidar conlleva estar «aquí y ahora», estar en el presente, escuchar con todos nuestros sentidos, resonar con el interlocutor y generar una atmósfera de confianza. La confianza es un imán que permite la relación y elimina la reacción de fuga, de temor y de huida.

Cuando generamos lazos de confianza mutua se crean canales de relación fluida, que harán que la persona se adhiera al tratamiento y siga cuidadosamente las instrucciones y se sienta partícipe de su proceso terapéutico.

La relación de confianza estimula a la persona para que asuma la responsabilidad de sí misma, lo que implica hacerla participativa del proceso de su propia curación y despertar la conciencia de su propio potencial. En la relación terapéutica podemos tocar un nivel en el que algo dentro del paciente se conmueve y ofrece su participación activa en el proceso de recuperación.

A lo largo del desarrollo de la interacción interpersonal debemos tener iniciativa para ofrecer un ambiente favorable (limpieza, privacidad, seguridad, condiciones térmicas adecuadas).

La acción también es reflexiva. Cuando estamos aplicando cuidados, se nos plantean preguntas, hipótesis, que serán acompañadas al mismo tiempo de la evaluación de las mismas en el momento en el que ocurra.

A continuación ofrecemos preguntas que nos podemos plantear durante la acción de cuidar:

- ♦ ¿Cómo se presenta la situación?
- ♦ ¿Los medios están siendo adecuados?

- ¿Es preciso modificarlos?
- ¿Cómo reaccionan el paciente y la familia?
- ¿Qué puedo hacer para que esta situación vuelva a ser confortable para el paciente?

Durante y después de la acción, la enfermera observa la reacción de la persona y reflexiona sobre la misma de forma objetiva. La enfermera reflexiona sobre lo que ha hecho, cómo lo ha hecho, cómo ha ejecutado la acción de cuidado, cómo han sido la relación con el paciente-familia, las condiciones del medio ambiente y el material utilizado, así como de sus propios valores y sentimientos, en relación los pacientes y el cuidado.

EVALUACIÓN

Es importante hacer una evaluación general de la situación de salud y ver el comportamiento que envuelve este momento: paciente, equipo de enfermería, familia y equipo de salud. El objetivo de esta evaluación reflexiva es tomar conciencia de lo aprendido. La actualización de los conocimientos de la enfermera nos conduce a cómo mejorar el cuidado.

Las respuestas y actitudes son analizadas para verificar si la persona obtiene algún beneficio o bienestar:

- Las actividades de enfermería de orden técnico planteadas por la propia enfermera o prescritas por el equipo médico son evaluadas de forma objetiva, en general mediante la reacciones físico-químicas, valores o niveles, y por me-

Componentes básicos del cuidado guía proceso clínico (Sawson, 1991)

Conocimiento

Conocer la realidad del proceso clínico de la persona y esforzarse por comprender el significado de esta situación en la vida de otro, buscando un compromiso y una responsabilidad personal.

Estar con

Significa la comprensión e información del proceso clínico de la persona. Significa estar emocionalmente presentes, transmitir disponibilidad, compartir sentimientos sin abrumar.

Hacer con

Significa hacer por el otro lo que se haría por uno mismo, adelantándose a las necesidades, confortando, actuar con habilidad y competencia y proteger a la persona cuidada respetando su dignidad.

Posibilitar

Son todas las acciones terapéuticas que facilitan el paso de la persona por las transiciones de la vida. Explicando, informando, apoyando dando validez a los sentimientos, generando alternativas, dando retroalimentación.

Ser con

Son todas las actitudes filosóficas hacia las personas en general y en concreto con la persona cuidada en particular como mantener las creencias. Valorar la dignidad humana y la libertad de elegir, manteniendo la fe en la capacidad del otro de superar un acontecimiento, teniéndole en alta estima, ofreciendo esperanza, optimismo realista y ayudándole a encontrar significado.

dio de monitorización de las funciones vitales y las informaciones obtenidas por la propia persona y su familia.

- Las acciones de orden expresivas, tales como las acciones educativas, de apoyo emocional y comodidad espiritual, entre otras, son identificadas con la persona o la familia y mediante la observación de señales subjetivas, tales como la relajación muscular, disminución del dolor, incomodidad, ansiedad, expresión facial y corporal, tono de voz, etc.

Competencias de enfermería para la práctica clínica (Watson, 2002)

Se plantean en este apartado las competencias a desarrollar por los estudiantes en el marco de la filosofía humanista y ciencia del caring. Estas competencias se consideran básicas en el inicio del aprendizaje.

CREAR UN AMBIENTE CURATIVO

Las estructuras y el ambiente reflejan las relaciones de la persona con su entorno. Los hospitales tienen que estar diseñados para cuidar la mente, el cuerpo y el espíritu. Las enfermeras han de dar un significado especial e incorporar a su práctica la atención al medio ambiente. Este tiene un efecto transformador, regenerador y curativo. Para ello deben atender a lo siguiente:

- el control del ruido
- calidad del aire
- comodidad térmica
- privacidad
- luz
- visión natural
- colores
- texturas
- acomodación de las familias
- un mejor sentido de la armonía reduce la estancia hospitalaria, aumenta la curación y restaura el equilibrio

POTENCIAR LOS SENTIDOS

También se deben desarrollar prácticas de cuidados no invasivos, por ejemplo, potenciar de forma intencional y consciente los sentidos.

- El sentido del oído
Se utiliza la música, el sonido:
 - para aumentar la autocuración porque evoca imaginación;
 - para reducir el dolor y el estrés;
 - para reducir náuseas en la quimioterapia;
 - como autoayuda para la relajación o aumentar consciencia.
- El sentido de la vista
 - Los objetos visuales internos o externos y el proceso de imágenes son utilizados para afectar las emociones y alterar la fisiología.

- Trabajo con los sueños, narrativa personal.
- Las enfermeras pueden enseñar que la imaginación y la visualización van a permitir a las personas cuidadas mayor poder de autocontrol, auto-cuidado, auto-conocimiento.
- Crear espacios sanos, luz, belleza, piezas de arte, color, ayuda a la calma y potencia las imágenes de armonía.
- ✦ El sentido del olfato
 - La aromaterapia, respirar aire fresco.
 - La meditación y relajación contribuyen a alterar la conciencia hacia la armonía, la comodidad.
 - Esta modalidad lleva consigo «memorias involuntarias» de previas experiencias, por lo cual podemos utilizarlas para crear aromas familiares.
 - En el ámbito de la comunidad y el ambiente, se enfatiza en el aire y el agua limpia, y un medio ambiente sano.
- ✦ El sentido del tacto
 - Ayuda a integrar, armonizar y proporcionar comodidad. El tacto es una modalidad humana, hay gente mayor que está hambrienta de contacto humano. El tacto terapéutico fue desarrollado por Kriever, utilizando la teoría de Marta Rogers. Estas técnicas se utilizan para disminuir la ansiedad, el dolor, y facilitan el proceso de curación.
 - Existen diferentes modalidades de tacto: terapia corporal, tacto cuidador, reflexoterapia y shiatsu.
- ✦ El sentido del gusto:
 - Valorar la comida, tomar lo que uno necesita y comer sin despilfarrar entran dentro de una política de alimentos.
 - La nutrición sana activa el autocuidado.
 - Tiene un profundo significado de conexión con la madre Tierra y sus ciclos de luz, oscuridad, tierra, aire, fuego y agua.
- ✦ El sentido cinestético:
 - Uso de movimientos corporales suaves o fuertes, danza, etc.
 - Cinesiología aplicada, quiropráctica, polaridad, reiki.

LA DIMENSIÓN MENTAL-COGNITIVA

Se traduce en terapias como la visualización, imaginación, terapia cognitiva. El uso del humor, narrativa, literatura, poesía o el arte.

LA INTENCIÓN Y CONSCIENCIA DEL CUIDAR

En el concepto de presencia se identifican tres niveles:

- ✦ Presencia física: «estar allí» para el otro.
- ✦ Presencia psicológica: «estar con» el otro.
- ✦ Presencia terapéutica: «estar con» el otro. Es el cuidado consciente, lleno de significado, intencionalidad.

Bibliografía

- ACEBEDO, S.; RODERO, V.; VIVES, C. (2007) «La mirada de Watson, Parse y Benner para el análisis complejo y la buena práctica». *Index Enfermería*, año XVI, n.º I 56.40-44. Granada.
- CHALIFOUR, J. (1994) *La relación de ayuda en cuidados de enfermería. Una perspectiva holística y humanística*. Barcelona: S.G. Editores.
- FERGUSON, M. (1980) *The Aquarian conspiracy: Personal and social transformation in the*. Los Angeles: Tarcher.
- FERRÉ, C.; RODERO, V.; CID, D.; VIVES, C. (2008) *El Mundo del Cuidador Familiar. Una visión teórica y un modelo práctico para el cuidado*. Tarragona: Silva Editorial.
- GARCÍA MARCO, M.I. et alii (2004) «Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica». *Index Enfermería*; 47: 44-48. Granada.
- KING, I. (1984) *Enfermería como Profesión. Filosofía, principios y objetivos*. México: Lissuma.
- LEITE ARAUJO, M.A. et alii (2005) «Análisis de Contexto del concepto de Ambiente. En la Teoría Humanística de Paterson y Zderad». *Index Enfermería* (48-49. 42-46). Granada.
- MARRINER, A.; RAILE, M. (2007) *Modelos y teorías y enfermería*. Madrid: Elsevier Mosby.
- PARSE, R.R. (1994b) «Quality of life: Sciencing and living the art of human becoming». *Nursing Science Quarterly* (7, 16-21).
- (2003) *L'humain en devenir. Nouvelle approche du soin et de la qualité de vie*. Canadá: De Boeck.
- PIULACH, M.T. (1984) «Naturaleza de la atención de enfermería y su posición en el contexto general de salud». *Revista Nursing* (pág: 19-27).
- RODERO, V.; ACEBEDO, S.; VIVES, C. (2006) «Análisis de los posibles desde la teoría de Parse en una persona con Alzheimer». *Index Enfermería*; (pág. 44-47). Año XV. N. 54. Granada.
- ROGERS, M. (1961) *Educational revolution in nursing*. New York: Macmillan.
- TORRALBA, F. (2002) *Ética del Cuidar. Fundamentos, Contextos y problemas*. Institut Borja de Bioética. Madrid: Fundación MAPFRE Medicina..
- SOLANA, J.L.(2000) *Antropología y complejidad humana. La antropología compleja de Edgard Morin*. Granada: Ed. Comares S.L.
- VIVES, C.; RODERO, V.; ACEBEDO, S. (2006) «Momentos de Caring. Un acercamiento a la Filosofía del Cuidado Humano de Jean Watson». *Cuidar y Educar* (10-17) SEAPREMUR. Murcia: SEAPREMUR.
- WATSON, J. (1998) *Le caring. Philosophie el science des soins infirmiers*. Paris: Seli Arslan.

- (2004) «Modelo del Caring como guía para la evaluación, medición y registro de la práctica profesional». Ponencia en el «Congreso Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber». Valencia.
- (2002) *Enfermagem pós-moderna e futura. Um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusociência.

Capítulo 2

El aprendizaje de la práctica reflexiva

Sagrario Acebedo Urdiales
Carmen Tió Molist

En este capítulo se trata de abordar la práctica reflexiva como una competencia que debe adquirir el estudiante, la cual le permita aprender de la experiencia. Se parte de la idea de que el hábito de reflexionar es esencial para que el clínico enfermero desarrolle las habilidades del *tener cuidado* de las personas en las situaciones tan particulares de la práctica. Para conseguir este propósito en las prácticas clínicas de enfermería se debe tener en cuenta un marco educativo que propicie la reflexión como un objetivo de aprendizaje. En este capítulo se plantea dicho marco en un doble sentido: ayudando a los estudiantes a entender y ser capaces de reflexionar en la acción y sobre las interpretaciones que realizan, y ayudando a los tutores mediante la descripción del diálogo entre tutor y alumno, que conlleva una reflexión recíproca.

¿Qué es la práctica reflexiva?

Reflexionar en cuanto pensar acerca de algo o examinar los propios sentimientos y pensamientos es algo inherente al ser humano. Nos planteamos dos preguntas al hilo de algo tan natural como es la reflexión: ¿Por qué hablar de práctica reflexiva?, ¿en qué difiere la práctica reflexiva de la reflexión natural? Estas preguntas señaladas por Perrenoud (2001) las contesta el mismo autor haciendo un símil entre la respiración de cualquier ser humano y la de un cantante o un atleta:

[...] se trata de una competencia distinta que proporciona a los profesionales una respuesta más profunda más compleja producto del conocimiento basado en la experiencia y adquirido mediante la reflexión (Perrenoud, 2001).

La práctica reflexiva o el modo en que los profesionales piensan y resuelven situaciones mientras actúan ha sido estudiada por Schön (1983-1998; 1987-1992). Schön

vio que los profesionales se encuentran en la práctica con problemas que no están en los libros, con situaciones poco definidas y en las que no puede aplicarse el conocimiento teórico de forma rutinaria.

Las situaciones de la práctica no constituyen problemas que han de ser resueltos, sino situaciones problemáticas caracterizadas por la incertidumbre [...] Son acontecimientos únicos [...] Cada perspectiva de la práctica profesional representa un modo de funcionamiento en situaciones de indeterminación y conflicto de valores [...] El profesional debe escoger entre múltiples aproximaciones a la práctica o articular su modo de combinarlas (Schön, 1983-1998).

El práctico reflexivo adquiere así una competencia compleja en la que se involucran la capacidad del profesional de apreciar cambios sutiles, la de detectar significados y la de anticiparse a las situaciones sin utilizar reglas extraídas del conocimiento teórico, y que se realiza sin llevar a cabo de manera consciente razonamientos previos.

Estas facultades perceptivas que muestran los profesionales es lo que Polanyi ha llamado «virtuosismo profesional» de los expertos, las cuales les proporciona un conocimiento tácito que no es producto por tanto de la aplicación del conocimiento teórico, ni puede reducirse a formas de conocimiento descriptivo o analítico del mundo, sino que son producto de la experiencia y tienen que ver con la manera de ejercer la práctica.

¿Cómo es la práctica reflexiva en enfermería?

En el campo de la enfermería, estas ideas se hacen patentes en las investigaciones realizadas por Benner sobre el modo en que los profesionales elaboran sus juicios. Para Benner (1984-1987; 1996) la práctica reflexiva es un hábito de pensamiento y acción que tienen los profesionales expertos y que se caracteriza por un razonamiento en transición y una práctica basada en la respuesta de los pacientes y sus familias.

Cuando la enfermera está ante una situación, no establece una relación directa entre el conocimiento y la acción que se precisa en ese momento, sino que actúa movida por los significados e interpretaciones que hace de la situación del paciente (Benner, 1984-1987; 1996). Así, cuando un práctico describe una situación, elige lo que reparará, selecciona sus puntos de atención y los organiza guiado por su sentido (Medina, 1999); es una manera de construir significados desde el propio marco de referencia.

La acción en enfermería es producto del razonamiento en transición, es decir, del pensamiento y cómo este va cambiando según va comprendiendo la situación. Esto se evidencia en las diferentes respuestas que dan los profesionales dependiendo de su nivel de competencia. Así el novel, el profesional (o estudiante) sin ninguna experiencia

El término práctica reflexiva transmite un enfoque constructivista a la práctica profesional en el que se involucran los pensamientos y sentimientos y la conciencia que sobre todo ello tiene la enfermera.

(Medina, 1999)

necesita guiarse por reglas y su visión es muy limitada; por muy complejas y ambiguas que sean las situaciones de la práctica, en principio puede no reconocerlas. El experto, sin embargo, se enfrenta al mundo del cuidado con un pensamiento fluido, reflexivo e intuitivo que no es producto de la sistematización, sino de tener acumuladas en la memoria muchas situaciones similares, lo cual le permite dar una respuesta directa, adaptada a la situación sin detenerse en un razonamiento deliberado (Benner, 1984-1987).

Schön (1987) dice que el experto compone nuevas reglas sobre el terreno. Benner (1996) se diferencia de Schön, en este punto, en la visión de que los expertos están siguiendo reglas tácitas; cree que el pensamiento en acción está basado en una comprensión narrativa de la situación, más que en el pensamiento gobernado por reglas. Elige el término «pensamiento en acción», en vez del término «reflexión en acción» de Schön (1987) porque el «pensamiento» transporta la innovación y la naturaleza productiva del pensamiento clínico activo de situaciones en curso. Es la anticipación de acontecimientos probables la que estructura la preparación de la enfermera y la forma del pensar en la acción.

La práctica reflexiva, además de ser una competencia en sí misma, es también el camino para adquirir mayores niveles de competencia clínica a lo largo del tiempo, dependiendo de cómo se ejerce la profesión. Si el profesional se deja llevar por prácticas rutinarias, poco involucradas, la consecuencia será una atención pobre, sin matices en cuanto a la comprensión clínica y que no responde a las necesidades del paciente y familia.

Sin embargo, si la enfermera responde de manera sensible e involucrada a las situaciones que encuentra en su práctica, conectando emocionalmente con las preocupaciones del paciente y familia, dice Benner que, entonces, estas situaciones se vuelven en la memoria casos paradigmáticos (Benner, 1984-1987; 1996) que se van acumulando y que dan al profesional información sobre problemas e intervenciones que funcionan en cada caso en particular. En este sentido, un aspecto necesario en el razonamiento en transición y en la práctica basada en la respuesta es la implicación y la conexión emocional de la enfermera que le permite estar a tono y responder de manera sensible e involucrada a la situación del paciente y familia.

El resultado es un conocimiento fruto de la experiencia, que mezcla el saber práctico con el conocimiento teórico y que en la práctica se traduce en un juicio clínico-ético en sintonía con las filosofías del cuidado enfermero.

La práctica reflexiva se convierte en una actividad a desarrollar por los profesionales y a aprender por los alumnos, la cual contribuye a la realización de buenas prácticas clínicas. Además, su socialización genera conocimiento y teoría para la disciplina enfermera sobre cómo cuidar a las personas y su mundo.

El aprendizaje del estudiante en el entorno clínico

Dice Medina (1999) que históricamente la educación en enfermería se ha fundamentado en lo que Schön (1983-1998) denomina «la racionalidad técnica». Desde esta perspectiva las formas de pensamiento crítico se han definido como el proceso de resolución de problemas mediante la aplicación de la teoría y la técnica que se deriva del conocimiento científico. Sin embargo, al desarrollar la idea de la práctica reflexiva, Schön (1983-1998) plantea que este conocimiento está limitado porque no tiene en cuenta la realidad de la vida y práctica profesional que va unida a lo que el profesional (o el estudiante) es capaz de ver por su experiencia y a los significados que otorga.

Los estudiantes entran en la universidad con sus modelos de referencia y con el tiempo, y a través de sus experiencias van cambiando sus miradas y construyendo nuevos significados. Los programas educativos deben crear las condiciones de aprendizaje que faciliten una exploración de los marcos conceptuales y teorías de la disciplina, de modo que el estudiante pueda seleccionar teoría que guíe su práctica, le ayude a elegir significados e interpretaciones y le sirva para evaluar su pensamiento crítico (Parse, 1996). No obstante, y teniendo en cuenta que la enfermería es una ciencia aplicada con componentes éticos, estéticos y relacionales de carácter artístico y que gran parte de este conocimiento sobre el cuidar enfermero lo va a adquirir el estudiante en el entorno de las prácticas clínicas, la práctica reflexiva se convierte en una actividad y una competencia nuclear del currículum. Su práctica debe permitir al estudiante aprender a aprender, identificar las oportunidades de aprendizaje y explorar la asistencia en cuanto a las maneras de ayudar al paciente y familia de acuerdo a la situación, incluyendo en la situación al estudiante y lo que es capaz de ver.

En el aprendizaje práctico, el alumno de enfermería se inicia en la cultura de la profesión. Aprende sus lenguajes, sus tópicos, sus sistemas de valoración e intervención, las normas y valores compartidos, el conocimiento en la acción y la práctica basada en la respuesta. Este aprendizaje lo realiza el alumno mediante su inmersión en el mundo clínico. La práctica ofrece al estudiante una exposición directa a las condiciones reales de la práctica y a sus pautas de trabajo. No obstante, las instituciones no siempre están en condiciones de asumir la iniciación del alumno en todas las áreas de aprendizaje que se les demanda ya que los ratios enfermera/paciente no permiten a los profesionales contar con el tiempo y la dedicación necesaria hacia el estudiante. Lo habitual en este

Los estudiantes se comprometen en las prácticas clínicas en un doble sentido:

- con la práctica que desean aprender diseñando un plan de cómo harán para llegar desde donde se encuentran a donde desean;
- con aquellas prácticas y actividades implícitas en el proyecto del programa.

sistema es que lleve al alumno a una posición de novel que es iniciado a aprender de la experiencia mediante imitación de los modelos profesionales a los que se ve expuesto con presiones para pasar a la acción.

Teniendo en cuenta esta realidad el aprendizaje clínico debe planificarse como un tipo de práctica pensada y organizada para que el estudiante se inicie en la tarea de aprender de la práctica mediante su exposición a la situación real, pero en un contexto que pueda aprender haciendo y reflexionando acerca de la acción que se realiza.

Es importante tener en cuenta, por un lado, que el aprendizaje a través de la experiencia, de la exposición y la inmersión en el mundo clínico, sea hospitalario o en la comunidad, con frecuencia se desarrolla sin un conocimiento consciente; por otro, que es la reflexión la que permitirá al estudiante la toma de conciencia de lo que aprende. El estudiante debe aprender a evaluar la competencia práctica, las prácticas competentes y las buenas prácticas. Debe construir una imagen al respecto y valorar su propia posición ante ellas. Los estudiantes aprenderán procedimientos relevantes y también las formas de observación y valoración que sirven a los prácticos para establecer juicios sobre las situaciones de la práctica. Los estudiantes aprenderán así un razonamiento en la acción que va más allá de las reglas, que tiene connotaciones artísticas y dilemas éticos.

Por último, se debe resaltar que ningún práctico puede llevar la práctica más allá de su experiencia (Benner, 1984). En el caso del estudiante, su nivel de novel se caracteriza por su falta de experiencia, así que cuando se enfrenta a una situación nueva necesita recurrir al cálculo racional y también a pautas y directrices concretas de actuación. Esto no impide que, asociado a este aprendizaje iniciático en la práctica enfermera, el desarrollo del programa sea eficaz en ayudar a los estudiantes a ser reflexivos y a construir conocimiento práctico sobre estrategias de intervención o de relación y maneras de formular y resolver problemas. Es en la adquisición de esta competencia, el aprendizaje reflexivo, que cobra especial relevancia el diálogo que se establece entre el tutor y el estudiante, el cual se aborda en el siguiente apartado.

El diálogo entre el tutor y el estudiante

El alumno en las prácticas clínicas es protagonista activo de su formación, pero el aprendizaje no lo hace él en solitario, sino en diálogo con otros. El estudiante desarrolla todas las actividades bajo la supervisión y guía de un tutor que se caracteriza por establecer y apoyar el diálogo reflexivo. El tutor ayuda y orienta al alumno a descubrir las relaciones entre los métodos y medios empleados y los resultados conseguidos. Como señala Dewey (1989), no se puede enseñar al alumno lo que necesita saber, pero puede *guiársele* en su búsqueda. También el diálogo reflexivo lo establece el alumno con su grupo de iguales mediante un trabajo colaborativo que resulta a menudo tan valioso como la guía del propio tutor.

El tutor trata de apreciar lo que el alumno comprende, cuáles son sus dificultades, lo que ya sabe hacer. Puede demostrar un procedimiento o describir una situación clínica de un paciente por medio de preguntas, instrucciones, consejos o críticas.

El tutor experimenta con la comunicación y verifica en cada intervención tanto su diagnóstico sobre el grado de conocimiento del estudiante, como la eficacia de sus propias estrategias de comunicación. De igual modo, el estudiante trata de descifrar las demostraciones y descripciones del tutor y replica con nuevas evidencias o verbalizaciones. El proceso continúa a lo largo de la secuencia de interacción/situación hacia una convergencia de significados y un aumento de la capacidad del alumno para intervenir de una forma que él y su tutor consideren competente.

Por tanto, aprender de la reflexión requiere que los estudiantes analicen e interpreten su trabajo. La interacción a través del diálogo entre tutor/estudiante y entre estudiantes es deliberada. La conciencia por parte del tutor y del alumno de esta aproximación es imprescindible ya que ambos se aproximan a las situaciones desde su marco de referencia y con su propia interpretación. Se trata de establecer una relación horizontal que propicie aprender de la reflexión, el *cómo* hacer enfermería, con relaciones de cuidado tan complejas como son el respeto por la dignidad, la escucha o la compasión ante el sufrimiento.

Los apartados siguientes tratan de ejemplificar los elementos constitutivos del decir/escuchar, y el demostrar/imitar que sostienen este proceso —no siempre tan idílico como lo señalado— entre tutor y estudiante sobre el aprendizaje a través del diálogo reflexivo (Schön, 1987-1992).

El decir/escuchar entre tutor y alumno

Un tutor tiene muchas formas de decir: puede dar instrucciones específicas; puede criticar las sugerencias de un alumno; puede proponer la experimentación de una intervención con el paciente o la familia y después analizarla; puede preguntar al alumno o decir cómo establecer prioridades; puede reflexionar sobre la formulación de problemas clínicos o sobre formas de afrontamiento, etc.

Asimismo, es posible que algunos estudiantes no consigan comprender lo que el tutor les está diciendo, o crean que entienden cuando el tutor está viendo que no es así, o simplemente que tutor y alumno no consigan sintonizar. Sin embargo, en la mayoría de los casos la comunicación tutor/alumno es exitosa. Poco a poco tutor y alumno utilizarán el mis-

Ideas básicas

- ✦ No hay un decir igual para todos los alumnos.
- ✦ Es importante decir en el contexto del hacer del alumno.

mo lenguaje, comprenderán incluso con pocas palabras o gestos lo que se están diciendo, incluso con un lenguaje sobreentendido o con actos que pueden parecer confusos a alguien que no esté implicado en la situación.

Para llegar a esta situación de sintonía y conexión entre tutor/alumno e independientemente de aquello que el tutor quiera *decir*, es importante resaltar que cada alumno es único —por tanto no hay un decir igual entre todos los alumnos (Daloz, 1986)— y también que el momento en que el alumno está receptivo para comprender es en el contexto en el que está actuando (Schön, 1987-1992).

Por ejemplo, cuando el estudiante se enfrenta por primera vez a un escenario clínico o cuando la situación es muy nueva, el tutor no puede decir gran cosa porque la capacidad de comprensión del alumno está limitada a lo que en ese momento interpreta por su experiencia personal y su base teórica de conocimientos. También las instrucciones del tutor pueden ser ambiguas o resultar extrañas cuando se refieren a aspectos que no son del ámbito familiar del estudiante o incongruentes con los significados que ha asimilado, sobre todo si se producen fuera de contexto.

Sin embargo, poco a poco, según como el estudiante va aprendiendo, se van revelando los nuevos significados que va construyendo. El tutor, observando la acción y las respuestas del alumno, puede darse cuenta de si el significado para el estudiante es incoherente con lo que él tiene en mente o si ha captado el significado fundamental de la situación.

Por ejemplo, imaginemos a Joan, un alumno de segundo año que tiene entre sus objetivos el desarrollo de habilidades en la cura de heridas. María, su tutora, sabe que Joan necesitará estar centrado en la tarea, pero también que este aspecto puede hacerle perder de vista los aspectos éticos y relacionales del cuidado; por ello, María organiza el siguiente escenario:

Durante varios días Joan acompaña a María a realizar las curas de los pacientes. Unos días después María le dice a Joan que pida permiso a Carmen para curarla. (Carmen es una paciente a la que han curado los días anteriores y que sabe que Joan es alumno de enfermería) Carmen le da permiso a Joan y acuerda con la tutora que ella estará allí apoyando. Joan realiza la cura con éxito y expresa sentido de logro por como había hecho la tarea; también Carmen y la tutora expresan satisfacción

¿Qué ha pasado?, ¿cómo se ha ido construyendo el aprendizaje? Imaginemos algunos de los diálogos que pueden haber ocurrido:

- ✦ La tutora puede observar qué conocimiento tiene el estudiante sobre los criterios de asepsia. Así, si al seleccionar el material en la sala de trabajo ve que el alumno duda entre preparar guantes estériles o no, la tutora puede formular una pregunta que dirija la atención del alumno hacia este aspecto. Puede decir:

¿Cuál es el criterio en el uso de guantes?

La tutora puede darse cuenta, por ejemplo, de si el alumno está influenciado o no por las rutinas de la unidad en cuanto al uso indiscriminado de guantes. Si el alumno tiene claros los criterios de esterilidad —o puede también ampliar su visión—, puede hablarle de las implicaciones que a nivel de contacto y relación puede tener para el paciente tocarle de forma sistemática con guantes e incluso del aumento del gasto cuando estos no son necesarios. La tutora puede variar su estrategia en función de la interpretación que haga el alumno.

- ♦ La tutora puede percibir preocupación en la paciente por preservar su intimidad y puede así ayudar al estudiante a construir nuevos significados; puede formular una pregunta que dirija la atención hacia ese nuevo aspecto del cuidado de la paciente y preservar la intimidad al mismo tiempo que mantiene la zona con criterios de esterilidad. Puede hacer al estudiante una sugerencia o dar una orden muy concreta que encierre ese significado implícito más profundo que dé respuesta a la preocupación de Carmen, esperando que el alumno se percate de que el campo puede ser más que un lugar para mantener la esterilidad. Puede decir:

¿Qué tal si ampliaras el campo hacia este espacio? o ¿deberías cubrir esta zona?

La tutora trata aquí de conseguir que el estudiante realice una acción con el fin de que sea consciente de la función que tiene en el cuidado de la paciente.

- ♦ También la tutora puede tratar el modo de hacer accesible al alumno una compleja red de asociaciones entre atención dada y atención percibida por la paciente. Por ejemplo, la tutora puede querer que el alumno tome conciencia de cómo se han tenido en cuenta y cómo se han organizado los aspectos relacionales de seguridad y confianza de la paciente, por el hecho de ser un estudiante en prácticas quien realiza la cura. Al acabar la cura puede decir:

¿Por qué crees que has estado tranquilo durante la cura?, o bien ¿por qué crees que Carmen se ha mostrado confiada?

Puede que el alumno solo acierte a señalar aspectos de su habilidad al hacer la cura. La tutora puede hablarle entonces de la sucesión de pasos que se han seguido para que Carmen se muestre segura y confiada, como, por ejemplo, el haber estado ayudando, observando y siguiendo las instrucciones de la tutora mientras esta hacía la cura durante varios días, o el hecho de que ir acompañando a la tutora (enfermera de la paciente) le ha permitido no ser un estudiante ajeno a la situación, sino una persona que conoce y es conocida por la paciente. También puede orientar su atención en cómo se han tenido en cuenta los aspectos éticos y estéticos del cuidado al pedir permiso a Carmen y presentarse como un alumno en prácticas y también al respetar los acuerdos de apoyo durante la cura.

El demostrar/imitar entre tutor y alumno

Hemos visto en el ejemplo anterior cómo la tutora trata de proporcionar al alumno a través del diálogo una visión completa del proceso que han llevado adelante. Pero en este diálogo no solo está presente el decir/escuchar entre tutora y alumno, sino que ha habido una demostración previa mediante la cual la tutora trata de trasladar al alumno el *cómo* de su ejecución.

La tutora hace demostraciones de partes o aspectos concretos del cuidado del paciente. Pretende primero que comprenda su demostración para que el alumno pueda imitarla y reproducirla. Pero el alumno al hacerlo no realiza una simple imitación, sino un proceso de construcción selectiva que luego traslada a su propia ejecución. Además, como el proceso de imitación es interactivo, las observaciones y reacciones de la paciente y de la tutora influyen en el proceso de ejecución, permitiendo al alumno y tutora una indagación sobre la marcha, un razonamiento en transición en su propia acción y según las respuestas de la situación y de la paciente.

En la medida en que el alumno presta atención a este proceso puede plantearse: «¿Cómo he reproducido el cuidado de la tutora hacia la paciente? ¿Qué es lo que en realidad he hecho?». Puede detectar lo que ha hecho bien o mal, cómo ha aplicado las normas o cuáles han sido los juicios y las percepciones o criterios que subyacen en ellos. Esta reflexión puede llevar al alumno a nuevos significados en el cuidado que intentó reproducir, y al hacerlo de nuevo dirigirá su esfuerzo a esas áreas ahora cargadas de nuevo significado.

Sin embargo, hay que tener presente que las instrucciones nunca son completas ya que el momento en que se produce la ejecución del alumno es diferente y la situación puede haber cambiado.

La construcción de la relación tutor/alumno (Reid, 2000)

La *intención* supone sostener la relación en un objetivo común. Nosotros planteamos que un punto de partida son los objetivos del programa. Un elemento clave de autonomía del alumno está en la manera de conseguirlos. El estudiante puede decidir objetivos concretos o trabajar con metas en un determinado tiempo, pero también deberá asumir que hay objetivos que no son negociables. Por ejemplo, si un estudiante, debe aprender algún aspecto de la relación terapéutica, no es negociable que no haga actividades de comunicación.

El *compromiso*. El estudiante se compromete con su predisposición, interés y voluntad de aprender, y el tutor con la facilitación personal, en el sentido de estar pendiente, de ocuparse del alumno. Un aspecto a cuidar por ambos tutor y estudiante es el no establecer relaciones de dependencia que privarían al estudiante de competencias básicas y transversales del programa como el aprender a aprender

Se debe crear una atmósfera de propósito en relación al planteamiento de escenarios en los que el estudiante pueda cumplir sus objetivos en un entorno de confianza y expectativas mutuas. En este sentido es fundamental la implicación de la institución en la gestión de recursos para que el tutor no sienta la presión de la tarea y pueda dedicar tiempo para la creación de una dinámica que permita aprender la reflexión.

Además, independientemente de lo que la tutora interprete como las características esenciales de su demostración, el estudiante construye su propia versión sobre ellas. La reflexión de la tutora o del alumno sobre su propia ejecución puede dar lugar a una descripción en la que se aprecien diferencias sutiles o que revele las diferencias que llevará a nuevas construcciones.

Siguiendo con el ejemplo anterior, el alumno podría preguntarse: «¿Por qué me ha dicho que ampliara el camp, si tenía suficiente para proteger la cura?, ¿qué me quiere decir con ello?». Puede reflexionar sobre sus propias preguntas y/o reflexionar con el tutor sobre los significados que ha construido.

Estrategias del tutor que fomentan el aprendizaje

En el diálogo, tutor y alumno pueden también reflexionar sobre su propia capacidad comunicativa y su disposición para tutorizar/aprender. Si a medida que transcurren las prácticas tutor y alumno no se encuentran satisfechos con sus esfuerzos comunicativos, quizá deberán plantearse sus estrategias.

El tutor debe aprender formas de mostrar y de decir que se ajusten a las características del alumno que tiene ante él; deberá aprender a leer cuáles son sus capacidades y dificultades y también deberá utilizar o aprender a utilizar estrategias comunicativas que fomenten la reflexión en un proceso intencional y deliberado. El estudiante debe aprender a escuchar, a imitar y a reflexionar sobre su conocimiento y sobre las reflexiones del tutor y las propias.

Daloz (1986) propone tres áreas de trabajo del tutor como estrategias en el aprendizaje reflexivo que han sido ratificadas en posteriores estudios (Spouce, 1996; Reid, 2000): el apoyo, el desafío y la aportación de una visión global de la situación. Estas estrategias no las utiliza el tutor por separado, sino que están interrelacionadas de modo que apoyo y desafío son mutuamente dependientes. Si la relación entre ambos está equilibrada, habrá aprendizaje y crecimiento del alumno. Aun así, el predominio o carencia de una de las dos puede dar lugar a respuestas de pasividad o retirada por parte del alumno.

Es importante en este sentido tomar conciencia de que no hay un decir igual para todos los alumnos y que, como señala Daloz (1986), lo que es apoyo para unos es desafío para otros.

No hay oportunidades de desafío unidas a un contexto inmediato, sino que el desafío se involucra en la relación cuando hay un compromiso y una confianza en la exploración.

(Reid, 2000)

La confianza del tutor en la capacidad del alumno es un elemento clave del aprendizaje. Cuando se transmite confianza en el potencial del alumno, "en que el otro es capaz", se permite su desarrollo.

Si bien el saber *cómo* del tutor vendrá dado por su propia reflexión y experiencia en la acción tutorial, sí se pueden señalar algunas características y habilidades que el tutor puede tener en cuenta en este proceso:

La confianza del tutor en la capacidad del alumno parece esencial en el aprendizaje a través de la experimentación y la reflexión. Cuando se transmite esa confianza, mostrando, por ejemplo, expectativas positivas que va a ser capaz de alcanzar o resaltando sus puntos fuertes, el tutor está fomentando su esfuerzo y confianza en la exploración. Si el alumno se siente juzgado o duda de su capacidad, el desafío puede llevar a la resistencia y a creer que sus ideas o habilidades no son válidas.

Disposición de atender el punto de vista del alumno. El tutor tiene un saber *cómo* —fruto de la experiencia— que tiene connotaciones personales y artísticas. El tutor puede sentir la necesidad de proteger la singularidad de su saber en la acción, por temor quizá a que el alumno no sepa hacerlo. El alumno puede también estar asustado por la competencia de su tutor, y puede responder con actitud defensiva. La disposición de ambos puede facilitar o impedir el aprendizaje. El tutor, cuando atiende al punto de vista del alumno, le está transmitiendo y reforzando un concepto positivo de sí mismo y un reconocimiento del alumno como persona. En la disposición, el tutor demuestra también que está abierto al diálogo, que evita imponer su opinión y que reflexiona sobre su ejecución en la búsqueda de significados para su autoformación.

Apoyar en la reflexión. Un problema de la autonomía del estudiante en su aprendizaje aparece cuando es evaluado por su práctica reflexiva. Los estudiantes pueden sentirse inseguros y a veces frustrados cuando no hay una dirección clara y no saben qué es una *buena* reflexión. Estimular al alumno en el replanteamiento de una idea en un sentido diferente o plantarle una dicotomía pueden ser formas de desafío que apoyen la reflexión. No hay momentos mejores o peores para el desafío, sino que este se involucra en la relación cuando hay confianza y disposición.

Proporcionar estructura. La exploración conjunta de las acciones que realiza o las preguntas pueden proporcionar al alumno la estructura necesaria para reflexionar y captar los significados. El tutor, como profesional con experiencia, sabe que cada alumno y paciente son únicos y que no hay una manera única de pensar, ni siquiera unos únicos objetivos o maneras de conseguirlo. Esta visión le permite al tutor tener la flexibilidad necesaria para guiar al alumno, en un contexto en el que el tutor conoce el terreno pero es el alumno el que elige el camino.

Defender al alumno. El alumno se enfrenta a las prácticas desde una carencia de control y de poder sobre aquello que quiere aprender. El tutor hace de defensor del alumno cuando tiene en cuenta dónde está el alumno en su saber hacer y lo que en ese momento puede aprender. Cuando un alumno se enfrenta por primera vez a pinchar una vena o a hacer una cura es incapaz de centrar su atención en los aspectos relaciona-

les de la situación. El diálogo sobre las dificultades que ha encontrado en la realización de la tarea y la disposición de una estructura que facilite el éxito y la reflexión es una expectativa que los estudiantes pueden esperar del tutor en su papel de defensor.

Mostrar congruencia. El alumno integra los modelos asistenciales que observa. En el modo de hacer de tutor y el modo de hacer enfermería del tutor el alumno necesita ver una congruencia. Tal como expresa Medina (1999) en la pedagogía del cuidado, el método es contenido y en él cobra especial importancia la congruencia entre lo que se transmite y el cómo se transmite, y también la congruencia entre el decir y el hacer enfermería.

Modelos y estrategias para desarrollar las habilidades reflexivas

Existen una variedad de modelos, sistemas y estrategias para fomentar la reflexión, y hacer que el aprendizaje sea significativo. Estos modelos ayudan al profesional en su práctica reflexiva y a los estudiantes a desarrollar el aprendizaje reflexivo como competencia transversal del currículum. Se trata de desarrollar habilidades metacognitivas que les permitan interrogar, analizar, conocer, evaluar y modificar su propia práctica desde un punto de vista del cuidado.

Estos modelos han ido evolucionando y se han ido redefiniendo a lo largo del tiempo en relación al propósito. El uso o elección de uno u otro depende así del objeto de reflexión, del contexto —ya sea en clínica o en aula— o de si se realiza de forma individual o cooperativa.

Una característica común a todos ellos es la exploración de la dimensión afectiva por su involucración en el resultado del aprendizaje y en la calidad de la práctica. Como señala Dewey (1947), el mero conocimiento de los métodos no basta, ha de existir la voluntad de emplearlos, la mentalidad abierta y carente de juicio, el entusiasmo por el desarrollo intelectual y la responsabilidad como rasgo moral ante el significado de lo que se aprende.

Se presentan a continuación algunos de los modelos más usados en los programas de orientación reflexiva.

Modelos para el aprendizaje experiencial

Situamos aquí los modelos que se utilizan para reflexionar sobre situaciones reales de la práctica y cómo en ellas se inserta el aprendizaje formal y abstracto:

- ✦ Ciclo reflexivo de Gibbs
- ✦ Modelo de Atkins y Murphy
- ✦ Modelo de Johns

En todos ellos se utiliza la reflexión sobre los sentimientos y pensamientos que la situación produce en el estudiante. La elección de la situación objeto de reflexión suele

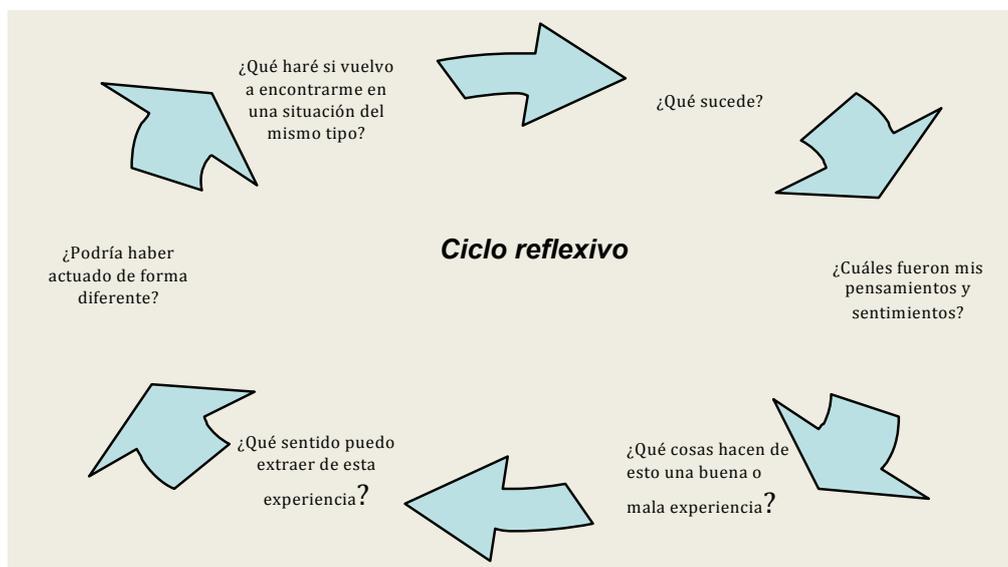
ser aquella que causa impacto en el alumno, bien sea por su novedad, fallo o porque le resulte sorprendente por cualquier motivo. Sin embargo, el estudiante debe saber que esto no significa que tenga que ser un acontecimiento inusual, dramático o complejo, cualquier tipo de experiencia proporciona la oportunidad de aprendizaje, lo que interesa es que la experiencia sea significativa.

El Ciclo reflexivo de Gibbs (1988)

Es uno de los modelos más utilizados en las disciplinas de la salud. Nosotras hemos descubierto que su estructura circular y la sencillez (que no simplicidad) de las preguntas que plantea al abordar las diferentes dimensiones (afectiva, cognitiva...) ayuda al aprendizaje significativo y resulta de fácil manejo para los estudiantes.

Se centra de manera especial en identificar sentimientos, pensamientos, conocimientos y su autoconciencia. Debemos resaltar su orientación hacia el desarrollo de un plan de acción y mejora motivado por el aprendizaje y desarrollo personal producto del acto reflexivo.

Incorpora seis etapas en el proceso reflexivo (Gibbs, 1988):



1. Descripción: ¿qué pasa? ¿qué sucedió?
2. Sentimientos: ¿qué pienso o pensé? ¿qué siento o sentí?
3. Evaluación: ¿qué cosas buenas y malas se pueden extraer de esta experiencia?
4. Análisis: ¿qué sentido puedo dar a esta evaluación?
5. Conclusión: ¿qué otra cosa se podía haber hecho? ¿De qué otra forma o manera se podía haber hecho?
6. Acción: ¿cómo se puede actuar en una situación similar?

Modelo de reflexión estructurada de Johns (Johns, 1994-2003)

Este modelo proporciona una estructura a la reflexión del estudiante que pretende mediante una serie de preguntas y temas clave revivir la situación particular. El alumno se preguntará acerca de:

- ✦ los aspectos significativos,
- ✦ los sentimientos,
- ✦ las consecuencias de las acciones emprendidas,
- ✦ el papel y los sentimientos de los demás,
- ✦ los conocimientos que sirvieron de apoyo,
- ✦ la comparación de la situación con las anteriores,
- ✦ los sentimientos actuales con respecto a la experiencia,
- ✦ el crecimiento de la persona a partir de la experiencia.

Agrupar las preguntas alrededor de las siguientes dimensiones para orientar el tipo de conocimiento involucrado:

Personal	¿Cómo me sentía en esta situación? ¿Qué factores internos podrían estar influyéndome?
Empírica	¿Qué conocimiento me ha guiado?
Estética	¿Qué estaba intentando lograr? ¿Por qué respondí cuando lo hice? ¿Cuáles fueron las consecuencias para el paciente, para otras personas y para mí? ¿Qué podría estar sintiendo el paciente?
Ética	¿Mis acciones se relacionan con mis creencias? ¿Hay algún factor que me ha hecho actuar de manera incongruente?
Reflexiva	¿Cómo se conecta con anteriores experiencias? ¿Podría manejarme bien en situaciones similares? ¿Sería posible realizar acciones alternativas? ¿Cómo me siento ahora? ¿Esto ha cambiado mi punto de vista?

Su ejecución resulta algo más compleja para el estudiante que el ciclo de Gibbs puesto que la forma detallada de sus preguntas no es fácil de recordar y requiere una guía por parte del estudiante.

Habilidades subyacentes en el proceso reflexivo (Atkins y Murphy, 1993-2003)

Estos autores incluyeron en su trabajo original las siguientes etapas en el proceso reflexivo:

- ✦ Tomar conciencia de los sentimientos o pensamientos incómodos.
- ✦ Describir la situación incluyendo pensamientos y sentimientos.
- ✦ Analizar sentimientos y conocimientos en relación a la situación.
- ✦ Evaluar la importancia de los conocimientos.
- ✦ Identificar el nuevo aprendizaje.
- ✦ Llevarlo a la práctica.

La evolución de este modelo se ha dado en relación al estímulo que inicia la actividad reflexiva, pues, si bien el error suele venir a la memoria y suscitar la reflexión y el aprendizaje, se acepta que cualquier cosa que sorprenda, cualquier incidente, pueda servir de estímulo para la reflexión.

Una aportación que resaltar de estos autores es que las etapas de su modelo han sido revisadas como habilidades que se deben desarrollar en el proceso reflexivo con independencia del modelo utilizado:

- ✦ **Autoconciencia.** Habilidad básica sobre la que se construye la práctica reflexiva. Implica tomar conciencia de los propios valores, creencias, cualidades y limitaciones. Y para lograrlo se requiere esfuerzo, energía mental y honestidad. Para ejercitar la autoconciencia se necesita establecer un equilibrio entre aspectos positivos y negativos, con un balance positivo.
- ✦ **Descripción.** Describir es exponer una situación de forma clara y precisa, sin expresar juicios: el contexto, el desarrollo de la situación, los sentimientos y pensamientos que surgen y el resultado. Se deben reconstruir los hechos de tal manera que permita a los otros comprender la situación desde el punto de vista de quién lo ha vivido. Se deben evitar las frases generales que no comuniquen lo qué ocurrió realmente, por ejemplo, «analizaba los riesgos posibles del paciente y decidí reducirlos al mínimo» o «di ayuda emocional». Se puede decir cómo reconoció los riesgos posibles, cómo los redujo al mínimo, cómo proporcionó la ayuda emocional y, en lo posible, los resultados reales.
- ✦ **Análisis crítico.** Implica descomponer la totalidad y sus componentes, se trata de ver el todo y cada una de sus partes. Trata de identificar el conocimiento, explorar los sentimientos, las suposiciones y alternativas de acción. Introduce una nueva dimensión al proceso reflexivo: el juicio. Este establece los puntos fuertes y débiles de las partes y del todo. Es un proceso positivo y constructivo. El análisis crítico está considerado una habilidad clave tanto en el trabajo académico como en el profesional. Algunas preguntas que pueden guiar el análisis crítico en el alumno son las siguientes: ¿Qué conocimiento utilizo en mi práctica? ¿Qué estoy dando por sentado? ¿De dónde han venido las suposiciones? ¿Es apropiado lo que hago o cómo lo hago? ¿Hay alguna cosa que

quiero/puedo hacer de otra manera? ¿Puedo observar en mis compañeros alguna otra perspectiva?

- ✦ **Síntesis.** Es construir los elementos separados en una totalidad conectada. La síntesis es un pensamiento creativo; involucra hacer elecciones en relación a lo observado. Se trata de revisar las ideas que han surgido del análisis. Puede llevar a nuevas manera de resolución de problemas, a desarrollar otras actitudes o formas de pensar.
- ✦ **Evaluación.** La capacidad de hacer un juicio de valor sobre algo. En la práctica reflexiva implica el concepto de autoevaluación. Es un proceso de revisión del aprendizaje a través del tiempo. Se orienta hacia el futuro en el sentido de identificar dónde estamos y adónde queremos ir. Es importante darnos cuenta de que nos puede hacer sentir juzgados y que los alumnos a veces pueden ser muy críticos o duros con ellos mismos.

Estrategias metodológicas

El objetivo que orienta este apartado es la exploración de métodos que ayuden a la reflexión en la idea de que la palabra oral o escrita es un medio de aprendizaje.

Hablar y escribir permite la metacognición; por tanto, el pensamiento reflexivo y creativo da lugar a comprensiones profundas ya construir significados. Son habilidades de pensamiento de orden superior que pueden potenciarse a través del diálogo con otros.

El estudiante puede llevarlas a cabo de forma individual; también puede establecer posteriormente un diálogo con el profesor o de forma colaborativa en sesiones de trabajo:

- ✦ el diario reflexivo
- ✦ estudio de casos
- ✦ estudio de incidentes críticos
- ✦ las narrativas clínicas

EL DIARIO REFLEXIVO

Como su nombre indica, se trata de utilizar la experiencia de la práctica diaria para reflexionar sobre ella. La escritura en el diario es un proceso dialéctico, una conversación con uno mismo y la situación. El alumno relata lo que sucede, tanto desde un punto de vista descriptivo, como de valoración y opinión personal sobre el significado de las experiencias vividas. El alumno entra en diálogo con las situaciones cotidianas de la práctica de modo que puede tomar conciencia de lo sucedido. Con frecuencia el hecho

de plasmar por escrito permite valorar lo que se ha hecho con perspectiva, por lo que se deduce que se trata de escribir para aprender.

- ✦ Las habilidades de escritura potencian habilidades de pensamiento.
- ✦ Es un proceso dialéctico, un diálogo con uno mismo.
- ✦ Permiten comprensiones profundas al construir significados.

Constituye un instrumento eficaz para fomentar las capacidades metacognitivas y para potenciar procesos reflexivos. Además de ser útil como forma de autoaprendizaje —permite identificar puntos fuertes y áreas de dificultad—, también permite un seguimiento y evaluación del alumno por parte del profesor.

ESTUDIO DE CASOS

Consiste en la presentación de una situación de la realidad sobre la que el estudiante debe reflexionar, identificando fortalezas y también problemas clínicos o éticos, así como el modo de resolver los problemas. El propósito del estudio de casos es fundamentar teóricamente decisiones y relacionar principios generales con situaciones concretas.

Se busca que adquiera conciencia de sus teorías implícitas y estructuras que guíen su análisis:

- ✦ ¿Qué criterios utiliza para construir la situación?
- ✦ ¿Qué conocimiento utiliza?
- ✦ ¿Qué comprensión se produce?
- ✦ ¿Cómo se representa el contenido?

Mediante los casos, los estudiantes reflexionan juntos. Son la base de los debates y su análisis conduce el pensamiento reflexivo. Ayudan al estudiante a familiarizarse con la reflexión, el análisis y la acción en situaciones complejas.

Asimismo, favorecen la toma de conciencia de la unicidad y singularidad de situaciones.

EL INCIDENTE CRÍTICO

Un incidente crítico es, según Flanagan, «cualquier actividad humana observable que sea suficientemente compleja en sí misma como para permitir hacer inferencias y previsiones sobre la persona que ejecuta la acción». No es necesario que sea algo extraordinario, sino que el incidente, aquello sobre lo que se quiere reflexionar, tenga importancia para el estudiante.

El término crítico hace referencia a los factores que pueden ser descritos y que están influyendo de manera directa en la situación y adopción de un determinado com-

portamiento. En este sentido es fundamental la consideración del contexto en el que se da la situación, identificando comportamientos, actividades y analizando sus consecuencias.

A modo de ejemplo de incidentes críticos, algunos de los temas narrados por nuestros estudiantes suelen tratar sobre:

- ✦ las primeras impresiones en el lugar de prácticas;
- ✦ la primera vez que ven una situación particular como un paciente al que le realizan un procedimiento muy agresivo; un paciente con un paro cardiaco; un nacimiento o una muerte;
- ✦ situaciones en que se han sentido incómodos porque piensan que se podía haber actuado de forma diferente;
- ✦ situaciones en las que se sienten identificados por la edad o porque conectan con alguien de su familia y
- ✦ situaciones que les han impactado y les vienen a la memoria.

Permiten comprender y reflexionar acerca de una situación, capturan la vivencia de la experiencia y de la actuación práctica, dando a conocer el significado que se le atribuye. Permiten, por tanto, aumentar las competencias reflexivas, aprender de la experiencia y aumentar el conocimiento personal.

LAS NARRATIVAS CLÍNICAS

Las narrativas clínicas se utilizan para contar la historia en términos de significación y cronología de la experiencia. Ilustran los dominios de la práctica y el nivel de competencia; son, por tanto, muy útiles para reconocer el conocimiento práctico y socializarlo. En el caso de los estudiantes, dado su carácter de noveles, la narrativa clínica toma el carácter de incidente crítico sobre el que construir significados y conocimiento; analizarlas y luego leerlas reflexivamente es un excelente camino para aprender de la práctica.

Los siguientes aspectos descritos por Benner (Benner, 1996) pueden ser útiles como guía para su elaboración:

- ✦ contexto de la situación clínica
- ✦ una descripción detallada de lo que sucedió
- ✦ por qué la situación clínica es importante
- ✦ cuáles eran sus preocupaciones en ese momento
- ✦ qué pensaba mientras ocurría
- ✦ durante y después de la situación qué sentía
- ✦ qué aspectos encontró que exigía la situación

- ✦ conversaciones importantes con el paciente, familia, miembros del equipo del cuidado médico u otros aspectos relevantes (el diálogo real).

Algunas preguntas que se pueden utilizar para el análisis:

- ✦ ¿Por qué la historia comenzó o terminó donde lo hizo?
- ✦ ¿Qué falta en la historia? ¿Qué se deja fuera?
- ✦ ¿Qué le llevó a actuar de la manera en que lo hizo? ¿Lo considera apropiado, sí, no, por qué?
- ✦ Los sentimientos identificados en la situación narrada, ¿los considera apropiados, sí, no, por qué? ¿Por qué sintió de la manera en que lo hizo?
- ✦ ¿Es posible mirar la situación desde otra perspectiva?

En conclusión

La práctica reflexiva permite a los prácticos aprender y construir conocimiento sobre el cuidado enfermero en base a la experiencia. En el profesional conlleva un razonamiento en transición, que según Benner, hace posible que las enfermeras expertas estén en diálogo continuo con la situación, de modo que esta actitud proactiva le permite dar una respuesta a los pacientes y familias en relación a lo que es bueno y correcto en la situación particular.

Nos encontramos así con una competencia compleja y un componente indispensable en el cuidado. Desarrollar en el estudiante la actitud reflexiva es facilitar la apertura al aprendizaje, al conocimiento práctico y, en definitiva, crear la posibilidad de estar abierto al mundo (al suyo y al del otro). Tomar conciencia del significado de esta competencia lleva también a plantearnos la práctica como tutores y a aprender y a construir basándonos en la práctica reflexiva, un conocimiento que nos permita ayudar a los estudiantes en este desafío.

Bibliografía

- ATKINS S. (2000) *Developing Underlying In The Move Towards Reflective Practice in Reflective Practice In Nursing*. Edit: Burns. S. & Bulman C.
- ATKINS, S. & WILLIARNS, A. (1995) «Registered nurses' experiences of mentoring undergraduate nursing students». *Journal of Advanced Nursing* (21, 1006-15).
- BENNER, P. (1987) *Práctica de enfermería progresiva*. Barcelona: Grijalbo.
- BENNER, P.; TANNER, C., & CHESLA, C. (1996) «Expertise in Nursing: Caring, Clinical Judgment and Ethics». New York: Springer. Won Book of the Year Award, *American Journal of Nursing*.
- BENNER, P.; TANNER, P., & CHESLA, C. (1997) «The Social Fabric of Nursing Knowledge», *American Journal of Nursing* (97: 7).
- BOUD, D., & WALKER, D. (1991) *Experiencing and Learning: Reflection at Work*, Deakin University Press, Geelong.
- BROCKBANK Y MCGILL (2002) *Aprendizaje reflexivo en la Educación Superior*. Madrid: Morata.
- COLINA, J., & MEDINA, J.L. (1997) «Construir el conocimiento de enfermería mediante la práctica reflexiva. *Revista Rol de enfermería* (232, 23-31).
- DALOZ, L.A. (1986) *Effective Teaching and Mentoring*. London: Jossey-Bass.
- DEWEY, J. (1989) *Cómo pensamos. Nueva exposición de la relación entre pensamiento reflexivo y y proceso educativo*. Paidós, Universidad de Barcelona.
- GHAYE, T., & LILLYMAN S (2003) *Learning Journals and critical incidents: Reflective Practice for health care professionals*. (3 edit) UK: Mark Allen Publishing Ltd.
- (2004) *Effective clinical supervision. The role of reflection*. UK: Mark Allen Publishing Ltd, (2000).
- GIBBS, G. (1988) *Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods, Further Education Unit*, Oxford Polytechnic (now Oxford Brookes University). Oxford.
- GOODMAN, J. (1984) «Reflection and teacher education: A case study and theoretical analysis» (15 [3]: 9-26). *Interchange*.
- JOHNS, C. (1998/2003) *Freshwater Transforming Nursing through reflective practice* Edit Blackwell Science Ltd a BlackOffices.
- GENERALITAT DE CATALUNYA (2003) *El tutor f'infermeria: perfil, funcions i competències*. Institut d'Estudis de Salut.
- MEDINA, J.L. (1999) *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria de enfermería*. Barcelona: Alertes.
- HOGSTON, R., & MARJORAQM, B. (2008) *Fundamentos de la práctica de enfermería* (3ª Edic.). México: McGraw-Hill
- MEUTZEL, P.A. (1988) «Therapeutic nursing». In PEARSON, A. (ed.) *Primary Nursing*. London: Croom Helm.

- MEZIRROW, J. (1981) «A critical theory for adult learning and education». *Adult Education* (32 [1], 3-24).
- PERRENOUD, P. (2004) *Desarrollar la práctica reflexiva en el oficio de enseñar*. Barcelona: GRAÓ.
- POWELL, J.H. (1989) «The reflective practitioner in nursing». *Journal of Advanced Nursing* (14, 824-32).
- REID, B.(2000) «The Role Of The Mentor To Aid Reflective Practice» in *Reflective Practice In Nursing*. Burns. S. & Bulman C.
- SCHÖN, D.A. (1992) *El profesional reflexivo*. Madrid: Paidós.
- (2002) *La formación de profesionales reflexivos*. Madrid: Paidós.
- SPOUSE, J. (1996) «The effective mentor: a model for student centred learning». *Nursing Times* (92 [13], 32-5).
- TRIPP, D. (1998) «Critical Incidents in Action Inquiry». In: SHACKLOCK, G.; SMYTH, J. (eds.) *Being Reflexive in Critical Educational and Social Research*. London: Falmer Press.

Capítulo 3

Apuntes para una ética del tutor

María Francisca Jiménez Herrera

Ser un docente profesional es lo mismo que ser un docente moral. La acción moral es un estado en el cual la persona considera los intereses de otros, no discrimina, y tiene un conjunto claro de principios o virtudes en las cuales cree y en base a las cuales actúa (Sockett, 1993)

Introducción

Ética, según el *Diccionario de la Lengua Española*, tiene diferentes acepciones: la primera es que etimológicamente proviene del latín *ethica* y del griego *θικη* y significa 'aquella parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre'; también presenta otra raíz *ethos* y *θος* que significa 'costumbre', y en tercer lugar se refiere a 'aquella persona que se dedica al estudio o a la enseñanza de la moral'.

Cuando nos referimos a la ética en enfermería, entonces podemos entender que es aquella disciplina que trata de la moral² y de las obligaciones de las enfermeras/os y de la enfermería. Sería imposible pensar la ética, en la actualidad, sin su relación con las disciplinas relacionadas con la persona en el proceso de la vida. Esto es debido a múltiples factores que provienen tanto de las grandes revoluciones científicas y sociales, como de las tecnológicas que se han ido produciendo en los últimos tiempos en los más diversos campos de la ciencia y el comportamiento, en ámbitos como el biológico, el biomédico, la biogenética o el biotecnológico, por citar algunos.

² «Moral» es un concepto que no es sinónimo de «ética». La diferencia fundamental se centra en que la moral tiene que ver con el nivel práctico de la acción, y la ética es la reflexión teórica de la misma, es la ciencia de la moral. En el lenguaje común se emplea como un adjetivo para determinar las acciones de los individuos en cuanto tienen que ver con la manera que estos ejercen su responsabilidad frente a los valores, principios y normas. Este uso alude a la doble dimensión de las acciones humanas —el bien y lo bueno y se suele utilizar indistintamente. Nosotros no haremos esta distinción ya en la práctica clínica, pues muchas veces se utiliza uno u otro, aunque con el fin de designar tanto las acciones como el análisis de las mismas.

La ética está presente en el mundo a través de los seres humanos, siendo esta dinamizadora y vital, y aun cuando no se defina como tal «[...] difícilmente podría la ética permanecer ajena e indiferente a los conocimientos y a las transformaciones que recaen sobre el universo de la vida, al cual ella misma permanece; no podría ciertamente ser insensible y desentenderse de los múltiples interrogantes éticos relativos tanto a la vida humana, del presente y del futuro, como a la no humana y a los reclamos ético-ecológicos que atañen a la vida del planeta. Una de las vertientes más caudalosas de la ética actual es ciertamente la de la bioética» (González, 2002: 41). La ética de un profesional no se adquiere exclusivamente en la práctica de la profesión o a lo largo de los años, sino que se gesta durante la formación, por lo que es de primordial importancia hacer hincapié durante la formación tanto desde la perspectiva teórica como la perspectiva práctica.

Padula (2001) apunta que Carr y Kemmis desarrollan detalladamente la justificación de un abanico de razones respecto a la necesidad de una vinculación estrecha entre la teoría y la práctica educativa. En resumen, la educación es una actividad práctica independientemente de que los conocimientos sean teóricos o prácticos ya que cualquier teorización requiere de un enraizamiento en los hechos, en lo cotidiano; definitivamente en la praxis, por lo que el conocimiento teórico debe tener una puesta en marcha en la realidad para que tenga sentido. De esta premisa parte la necesidad de participación activa por parte de los/as enfermeros/as por constituirse en un elemento básico en esta construcción. Separar de esta los aspectos éticos se torna una labor imposible debido a que se encuentran implícitos en cada una de las actividades que lleva a cabo el profesional. Por eso, hablar de ética es hablar de práctica, y los conocimientos teóricos que los alumnos adquieren los ven reflejados en los profesionales.

La ética es un saber para actuar de modo racional; nos dirige en la toma de decisiones prudentes y correctas. Las personas aprendemos más por lo que vemos que por lo que nos dicen, así que la coherencia entre el hacer y el decir debe ser el eje fundamental de las experiencias de aprendizaje en la práctica para poder transmitir los valores profesionales.

El tutor es un importante instrumento para facilitar el proceso interno, que ayudará al estudiante a apreciar los valores y denunciar los contravalores construyendo así un marco adecuado para la práctica y el aprendizaje. A través de los encuentros alumno-tutor se puede ayudar al otro en el afrontamiento y la resolución de problemas en las situaciones de aprendizaje. Reflexionar con el fin de evaluar los aspectos éticos de nuestro quehacer o de las diversas situaciones que abordamos como tutores será la clave para el aprendizaje ético.

Las competencias éticas

El *Libro Blanco* del Grado de Enfermería de la Agencia Nacional de Evaluación, Calidad y Acreditación (ANECA) apunta el perfil de enfermera de cuidados generales. Esta debe reunir una serie de competencias entre las que se encuentran aquellas competencias asociadas con los valores profesionales.

La competencia se puede entender como aquella capacidad de deliberar y analizar la propia conducta, mediante la práctica reflexiva y el estudio. Las competencias, según Tobón, «[...] son procesos complejos que las personas ponen en acción-actuación-creación para resolver y realizar actividades (de la vida cotidiana y del contexto laboral-profesional), aportando a la construcción y transformación de la realidad, para lo cual integran el saber ser (automotivación, iniciativa y trabajo colaborativo con otros), el saber conocer (observar, explicar, comprender y analizar) y el saber hacer (desempeño basado en procedimientos y estrategias), teniendo en cuenta los requerimientos específicos del entorno, las necesidades personales y los procesos de incertidumbre, con autonomía intelectual, conciencia crítica, creatividad y espíritu de reto, asumiendo las consecuencias de los actos y buscando el bienestar humano» (Tobón, 2004: 47), que los estudiantes deben alcanzar durante los programas educativos diseñados para tales fines.

Los códigos deontológicos: ¿qué son y para qué sirven?

Pese a que parte de los filósofos cuestionan la funcionalidad de los códigos por su inmovilidad y desfase en el tiempo y contexto, no podemos obviar la existencia de los mismos, ni una de sus funciones: ser utilizados como un instrumento que oriente a los profesionales en la práctica desde una visión general.

Los/as enfermeros/as no podemos obviar la existencia de nuestro código, realizado por y para la enfermería y definiendo en él unas determinadas áreas de responsabilidad que enumeramos a continuación:

- ✦ Prevención de las enfermedades.
- ✦ Mantenimiento de la salud.
- ✦ Atención, rehabilitación e integración social del enfermo.
- ✦ Educación para la salud.
- ✦ Formación, administración e investigación en enfermería.

Partiendo del quinto eje, en el artículo 72 del *Código deontológico de la Enfermería Española*³ se nos informa de que «el/la enfermero/a debe asumir individual y colectivamente la responsabilidad de la educación en la enfermería en todos sus niveles».

³ Se puede consultar el *Código deontológico de la Enfermería Española* en <<http://www.seeiuc.com/profesio/codigo.htm>> y el *Código Internacional de Enfermería* en <<http://www.icn.ch/icncodesp.pdf>>.

El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar las normas éticas apuntadas para tal fin, regular las acciones, decisiones y opiniones orientadas en el marco del deber.

Es importante mencionar que la observancia de las normas éticas es una responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad; por lo tanto, el/la enfermero/a se adhiere a él de forma voluntaria. Un código de ética hace explícitos los propósitos fundamentales, así como los valores y obligaciones de la profesión, unificando y delimitando conceptos y significados en torno al hombre, la sociedad, la salud o la propia profesión.

Principalmente, la idea general que nos transmite el código es que el profesional debe proporcionar cuidados en un entorno en el que se promueva el respeto a los derechos humanos, valores, costumbres y creencias de la persona, familia y comunidad, y ejercer con responsabilidad y excelente profesionalidad tanto las actividades autónomas como las colaborativas. Esto nos hace pensar en la necesidad de reflexionar sobre cómo promover el aprendizaje orientado a formar personas competentes en la dimensión ética.

Esta obligación moral ante la formación la podemos definir como «compromiso ético» que tiene que ser asumido y que puede ser analizado desde tres dimensiones: una de carácter micro hacia la propia persona; otra de carácter meso, hacia la profesión, y en último lugar de carácter macro, siendo mucho más amplio como el compromiso del profesional hacia la sociedad. Refiriéndose en todo momento a los conocimientos, modos de hacer y actitudes del que actúa con sentido ético, de acuerdo con la ética profesional. La pregunta que se nos puede plantear el respecto es la siguiente: ¿Cómo podemos hacerlo? En la actualidad se barajan varias posibilidades, pero la más aceptada por las ciencias biomédicas es asumir los principios de bioética como instrumentos para la puesta en práctica de los fines que promulgan los códigos deontológicos.

Según la *Encyclopedia of Bioethics* podemos definir la bioética como el «estudio sistemático de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios morales».

Los principios de bioética

La bioética médica basada en el principialismo plantea la necesidad de utilizar unos principios determinados para regir la toma de decisiones en la práctica clínica y así dejar de lado el paternalismo, hasta el momento muy popularizado.

En 1979, T. L. Beauchamp y J. Childress formularon esta proposición tras su participación en la elaboración del Informe Belmont⁴, y publicaron una obra de referencia obligada, *Principles of Medical Ethics*, texto que desarrolla, además de la aplicación sistemática de los principios de beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia en las decisiones ante situaciones de conflicto en la atención médica, una serie de normas para la práctica clínica.

El **principio de beneficencia** responde a la finalidad de lograr el bien terapéutico del paciente, a través del compromiso activo por parte del profesional; asimismo, no debe dañar, concepto básico que define el *principio de no maleficencia* —ya presente en la ética hipocrática—, *Primum non nocere*.

El **principio de autonomía** se fundamenta en el reconocimiento de la persona como un ser individual dotado de racionalidad y libertad de elección, pudiendo aceptar o rechazar un tratamiento, Este hace referencia a que se debe respetar la autodeterminación del paciente, y su expresión manifiesta es el consentimiento informado.

El **principio de justicia** involucra al profesional sanitario, al paciente y sobre todo a la sociedad o al Estado, cuya obligación es procurar los recursos suficientes para que todos tengan acceso fácil a la salud. Reclama una distribución equitativa de los recursos y de las cargas entre los ciudadanos para evitar discriminaciones en políticas de salud públicas.

A este modelo principialista le surgen críticas y alternativas desde muchas disciplinas, como es el caso de la enfermería. Esta plantea como alternativa a la teoría de los principios la *teoría ética de los cuidados*, no exenta de críticas, como veremos a continuación.

La ética de los cuidados

Zeledón (2005) afirma que «[...] el enfoque de aprendizaje ético procura formar a las nuevas generaciones en las condiciones básicas para lograr la optimización de la persona, tanto en su dimensión singular como social. De esta manera, el ser humano será capaz de construir su felicidad a lo largo de su recorrido biográfico mediante un proceso de encuentro consigo mismo, con el otro (a) y lo otro (ética de la alteridad, ética de la compasión, ética de la acogida) (Buber, 1998; Levinas, 2003; Ricoeur, 1993). Como

⁴ El Informe Belmont intenta resumir los principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Se puede consultar en: <<http://www.unav.es/cdb/usotbelmont.html>>.

bien lo afirman Martínez, Buxarrais y Esteban (2002)», a los que habría que añadir a Noddings (1984) y Gilligan (1985) con la ética de los cuidados.

La teoría de la ética de los cuidados busca dar nuevas respuestas a los problemas éticos, dejando de lado los enfoques principalistas que habitualmente se utilizan desde una perspectiva descontextualizada, abstracta e imparcial y que se ha venido a denominar teoría de la justicia, utilizada de forma mayoritaria en el ámbito de la bioética médica.

Esta teoría no es nueva y se encuentran referentes de la misma en autores como Heidegger o Ricoeur, aunque con enfoques relativamente distintos. Feito lo aclara diciendo: «[...] Heidegger, desde una perspectiva existencialista, insiste en la idea de “cura” (sorge) como preocupación [...] Ricoeur tiene una visión más positiva y creativa del ser humano: es alguien que hace su vida desde los condicionantes históricos, culturales, etc. Así va construyendo un relato, una historia que puede ser narrada» (Feyto, 2000: 154).

El renacimiento lo podemos encontrar en la polémica creada entre las investigaciones de Kohlberg y Gilligan, sobre las diferencias del razonamiento moral de mujeres y hombres que todavía hoy es un debate de actualidad.

Gilligan (1985) observó que las mujeres parecían preferir una moral que atendiera al cuidado de las personas desde una perspectiva relacional, a una moral orientada hacia la justicia y la imparcialidad. En la ética de los cuidados se otorga un papel moral a las emociones; igualmente, resalta que las decisiones éticas involucran la afectividad y todas las esferas de la personalidad. En la acción de cuidar, se parte de un hecho individual, como es el autocuidado, y se trasciende para atender a los que requieren ayuda para sus necesidades vitales. En consecuencia, se genera una reciprocidad que fortalece los vínculos sociales y la calidad de la atención que desde una perspectiva de derechos y obligaciones no puede ser vista de la misma forma.

Desde esa perspectiva, Gilligan critica el trabajo de Kohlberg y plantea dos orientaciones éticas, una basada en la justicia y otra en el cuidado, asociando la primera a los hombres y la segunda a las mujeres.

La ética de los cuidados busca encontrar respuestas a experiencias concretas de la vida de las personas y no a resolver grandes dilemas éticos, en cuanto que en muchas ocasiones los dilemas no son lo habitual en la vida profesional y, como dice Gracia, «[...] lo que suele darse en la vida son problemas, situaciones difíciles que, por lo general, tienen bastantes más de dos salidas, aunque ninguna óptima. Convertir un problema en dilema suele ser fruto de la pereza intelectual: se comienzan eliminando todos los posibles cursos de acción intermedios y se dejan solo los extremos, que naturalmente son opuestos entre sí. De ese modo, el proceso de decisión queda reducido a la elección entre esos dos cursos extremos, excluyendo el que parezca más lesivo. Lo malo es que,

como ya enseñó Aristóteles, el curso de acción óptimo suele estar, precisamente, en el medio» (Gracia en Feito, 2000: 5).

También se debe destacar el papel de Noddings (1984) en el desarrollo del concepto de ética de los cuidados y la educación moral, donde profundiza en los dos orígenes de los cuidados: el cuidado natural, transmitido a lo largo de la memoria histórica, y el cuidado ético, donde la implicación es necesaria por parte de ambos, persona cuidada y cuidador, por lo que hay que aprenderlo y desarrollarlo. Además ella apunta tres elementos que caracterizan el cuidado ético: la receptividad, entendida como la aceptación por parte del cuidador de la persona cuidada; la conexión, resultante de la relación que se genera entre la enfermera y la persona cuidada, y por último la sensibilidad, que se traduce en el compromiso en el acto de cuidar. Para Noddings, el cuidado se basa en sentir con el otro y recibir del otro. Es un proceso, además de cognoscitivo, emotivo y requiere cambios en la motivación y relación con el otro.

Elementos del cuidado ético (Noddings, 1984)

- + Receptividad
- + Conexión
- + Sensibilidad

Tanto Gilligan como Nodings critican el principalismo utilizado de forma universal en la relaciones entre personas y la resolución de los problemas éticos que se dan en la vida de las mismas, así como lo hizo también Foucault, ya que este está en contra del universalismo abstracto.

Algunos autores han criticado ferozmente la ética del cuidado tildándola de una ética feminista; aun así, no creo que deba ser vista así, sino como una nueva ética femenina donde se destaquen valores que en la ética predominante y hegemónica están ausentes, como son la sensibilidad, la empatía o el cuidado.

Tong (1993) ha profundizado en esta dicotomía, ética feminista y ética femenina, describiendo los objetivos de una y otra, así como sus diferencias. En cuanto a la ética femenina, su objetivo principal es restablecer valores no presentes en la relaciones entre las personas cuando tienen que tomar decisiones de carácter ético, y el objetivo de la ética feminista es eliminar o modificar las normas, pensamientos, actitudes que de algún modo afectan y promueven la discriminación de las mujeres.

A mediados de los años ochenta, autoras como Benner (1984), Benner y Wrubel (1989) y Fry (1989, 1990, 1991) destacan un importante cambio al respecto y, si bien hasta este momento la ética en enfermería era un símil de la ética médica, se iniciaba un cambio, fundamentalmente en Estados Unidos, donde presentaban un interés muy acusado por explorarlos, con el fin de construir una ética enfermera que fuera más allá de las basadas en el modelo médico y en los códigos deontológicos, exclusivamente.

Para Friedman (1987), en el ámbito sanitario, la conexión entre la ética de los cuidados y la ética de la justicia es necesaria, pues podríamos decir que son complemen-

tarias y que tanto una como otra pueden ayudar en la toma de decisiones a las personas que se encuentran en la tesitura de tener que decidir. El problema que se plantea en la práctica clínica es que continúa de forma mayoritaria el modelo universalista, lo que conlleva una pérdida de valores que aportaría el modelo de la ética de los cuidados; sin embargo, no hay que obviar que hay profesionales que abogan por que este esté presente.

Feito (2000) comparte la idea de la necesidad de esta complementariedad: es «[...] insostenible una diferenciación tajante entre éticas “masculinas” (es decir, “racionales”) y ética “femeninas” (esto es, sensibles). El reduccionismo simplificador de que hace gala tal asociación resulta evidente, por cuanto los contenidos de la moral no son directamente dependientes de una condición o género [...]». (Feito, 2000: 158), pero aún ante esta complementariedad, la autora afirma que la ética de los cuidados, por sí sola, resulta indefendible desde el punto de vista ético a pesar de que considera muy interesante las aportaciones de Noddings.

Watson tiene un ideal moral de enfermería basado en la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad, conocimiento y compromiso para cuidar y para llevar a cabo acciones de cuidado teniendo en cuenta las posibles consecuencias. Al considerar el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud y enfermedad, interaccionando personas con el medioambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. Ella conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal entre dos personas, con dimensión transpersonal entre la persona que cuida y la persona cuidada. Según ella, esto no se puede hacer desde las normas universales ni desde los principios generales. Esta autora publica la conocida *teoría del cuidado transpersonal*; en 1985 se publicó una nueva edición bajo el título *Nursing: Human science and human care* y de nuevo en 1988 se reedita y así que aboga por una ética en enfermería basada en el cuidado y no en normas generales o universales, contextualiza la realidad en las situaciones vividas por las personas en el momento del cuidado.

¿Cuáles son los valores éticos del tutor?

El filósofo Fernando Savater denomina estos valores «universales éticos» y nos dice que deben estar presentes en los procesos tutoriales de aprendizaje. A continuación los comentaremos, siguiendo la línea argumentativa que han utilizado Ancona y Osorno (2006):

- **Reconocimiento.** *Es el valor ético como señal primordial de la propia humanidad y de aceptación de la humanidad del otro, en imprescindible interrelación. Es ne-*

cesario que el estudiante se reconozca como una persona en formación, pero con capacidad de aportar elementos positivos al proceso de aprendizaje y a la relación tutor-estudiante.

- ✦ **Reciprocidad.** *Todo valor ético establece una obligación y demanda sin imposición, una correspondencia. No es forzosa la simetría pero sí la correlación entre deberes y derechos. Debe crearse un ambiente de respeto mutuo para poder crear un compromiso ético de aprendizaje.*
- ✦ **Compasión.** *La simpatía por el sufrimiento o la alegría ajena, basada en la elemental experiencia propia, es el dato básico de cualquier compromiso moral. Su ausencia supone la mutilación irreparable de la voluntad ética. El estudiante debe aprender del tutor, el significado de la compasión ante el otro, a través de las experiencias vividas en las prácticas; si no lo aprende, difícilmente podemos hablar de competencia ética y humana.*
- ✦ **Conservación.** *Este valor ético se orienta primordialmente a defender los lazos individuales o colectivos con la perpetuación autoafirmativa de lo vital, manteniendo la tradición, reinventándola o proyectándola hacia el futuro. El tutor debe guiar al alumno en la inserción profesional para que le permita un pleno desarrollo y un avance en la madurez profesional y personal.*
- ✦ **Potenciación.** *Tiende esencialmente a acrecentar las debilidades de realización de proyectos del individuo o el grupo, en su sentido más genérico y plenario. Promoverá aquellas situaciones de autorrealización profesional que ayuden a alcanzar las competencias al alumno.*
- ✦ **Coherencia.** *Los valores éticos forman un conjunto cuyas partes se equilibran y apoyan mutuamente; la personalidad moral sobresaliente no es unilateral, sino compleja, consistente y duradera en sus disposiciones. No solo es necesario que el tutor sea coherente entre lo que dice y lo que hace, sino además serlo en todos los aspectos de su comportamiento.*
- ✦ **Excelencia.** *La vocación permanente de la personalidad moral es la búsqueda de la eminencia o perfección, no tanto como competición con los logros ajenos sino como superación de los límites propios. El interés constante por hacer las cosas bien y acercarnos a las personas de forma adecuada, respetándolas como personas, ayudará al estudiante a elaborar un pensamiento que le permitirá ponerlo en práctica de forma cotidiana.*

Conclusiones

Para ir concluyendo este capítulo, me gustaría dejar apuntadas algunas ideas clave como que en los procesos de aprendizaje es necesario interiorizar la existencia de unos valores, hábitos y actitudes, incorporándolos a nuestro estilo de vida. De esta forma, podremos relacionarnos y compartir con los demás una forma de ser y de actuar, promoviendo una atención de calidad a través del ejercicio de la responsabilidad y respetando al otro como ser humano, ayudándole en los momentos de alteración en el proceso salud-enfermedad.

La ética nos puede ayudar a tomar decisiones prudentes de un modo racional. Las personas aprendemos más por lo que vemos que por lo que nos dicen, y por esta razón el aprendizaje ético se debe fundamentar no solo en una perspectiva teórica, sino también en la reflexión de la práctica. De este modo, el tutor se convierte en un instrumento educativo a través del compromiso personal.

Los encuentros entre alumnos y tutores son momentos especiales que se pueden utilizar para la autorreflexión, tanto por unos como por otros, mediante el afrontamiento de las situaciones vividas, resolviendo problemas y orientando la práctica.

Los conocimientos teóricos, científicos, creativos y humanísticos del tutor, sin duda, son indispensables para el buen desempeño de su rol, pero no hay que olvidar la importancia de los valores éticos, por lo que el tutor debe proponer al alumno la adquisición de autonomía, de compromiso y de competencia, y así ayudarle al establecimiento de sus propias normas y principios profesionales.

Bibliografía

- ANCONA, L.; OSORNO, J. *La ética en el desarrollo de las actividades de tutoría*. 002. Disponible en: <<http://papyt.xoc.uam.mx/media/bhem/docs/pdf/86.PDF>> [consultado en enero de 2009].
- BENNER, P.; WRUBEL, J. (1989) *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Menlo Park (CA): Addison-Wesley Publishing.
- BENNER, P. (1984) *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park (CA): Addison-Wesley Publishing.
- FEITO, L. (2000) *Ética profesional de la enfermería: filosofía de la enfermería como ética del cuidado*. Madrid: PPC.
- FRIEDMAN, M. (1987) «Beyond Caring: The De-Moralization of Gender», In: MARSHA HANEN & KAI NIELSEN(eds.) *Science, Morality and Feminist Theory*. Supplementary v. 13 (87-110). Canadian Journal of Philosophy.
- FRY, S.T. (1990) «The philosophical foundations of caring», In M. LEININGER (Ed.) *The ethical and moral dimensions of care* (13-24). Detroit, Michigan: Wayne State University Press.
- (1991) «Nursing ethics: Current state of the art». *The Journal of Medicine and Philosophy*. (16: 231-234).
- (1989) «The role of caring in a theory of nursing ethics». *Hypatia*. (4 [2]: 88-103).
- GILLIGAN, C. (1985) *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. México: FCE.
- GONZÁLEZ, J. (2002) «Ética y Bioética». *Isegoria* (27, 41-53).
- MARTÍNEZ, M.; BUXARRAIS, M.R., ESTEBAN, F. (2002) «La Universidad como espacio de aprendizaje ético». *Revista Iberoamericana de Educación de la OEI*, 29 [Revista electrónica]. [Consultado en enero de 2009. Disponible en: <<http://www.campus-oei.org/valores/monografias/monografia03/reflexion02.htm>>.
- NODDINGS, N. (1984) *Caring, a feminine approach to ethics and moral education*. Berkeley: University of California Press.
- PADULA, J.E. (2001) «Varias razones y un desafío que fundamentan la necesidad de vincular. Teoría y práctica para resolver problemas educativos». Disponible en: <<http://www.rieoei.org/deloslectores/Padula.PDF>>.
- TOBÓN, T.S. (2004) *Formación basada en competencias*. Colombia: Ecoe Ediciones.
- TONG, R. (1993) *Feminine and Feminist Ethics*. Belmont (CA): Wadsworth Publishing Company.
- ZELEDÓN, M.P. (2005) «El aprendizaje ético en la construcción de la ciudadanía democrática». *Actualidades Investigativas en Educación*, 5 [Revista electrónica]. [Consultado en enero de 2009] Disponible en: <<http://revista.inie.ucr.ac.cr/articulos/extra-2005/archivos/conferencias/pilar.pdf>>.

Capítulo 4

La evaluación por competencias

M^a. Jesús Aguaron García
Roser Ricomà Muntanè

En este capítulo se hace un recorrido por el significado que la evaluación tiene como parte del proceso enseñanza aprendizaje.

La evaluación tiene por objetivo determinar en qué medida se han logrado los objetivos de aprendizaje y las competencias previamente establecidas. Estas competencias marcadas en el programa del prácticum son las que nos deben orientar en la selección y/o desarrollo del sistema de evaluación.

Es un proceso dinámico y continuo en el que se ven implicados todos los integrantes del proceso enseñanza aprendizaje: alumnos, profesores, tutores, la unidad e incluso la institución en la que se realizan el prácticum.

Debe ser concordante con los objetivos propuestos y las competencias que se pretenden desarrollar en el estudiante, así como con las estrategias y actividades que facilitarán la consecución de los objetivos. Ha de estar planificada y realizada en momentos adecuados, otorgándole el tiempo necesario para su realización.

La evaluación debe ser un instrumento que ayude a los alumnos en su aprendizaje, orientándolos en sus progresos y facilitando la detección de sus dificultades. Se tiene que enfocar como una oportunidad de avance en el crecimiento personal y profesional. Los instrumentos utilizados deben ser conocidos y comprendidos por todos sus componentes, pues esto facilitará la utilización de los mismos.

La evaluación por competencias

En el preámbulo de la ley 1/2003 de Universidades de Cataluña se indica en el artículo 9 referente a las habilidades y competencias:

El contenido de los planes y los programas de estudios debe facilitar que el estudiante, al terminar los estudios, haya desarrollado las habilidades y adquirido las competencias que le permitan, con un elevado nivel de autonomía, integrar e interpretar datos fundamentales para emitir juicios, tener su propio comportamiento social, científico y ético, comunicar información a todo tipo de audiencia y adquirir las capacidades necesarias para seguir avanzando en el estudio y en su formación.

Este nuevo modelo de universidad no centra el aprendizaje del alumno en la adquisición de conocimientos, sino que nos lleva a un modelo de enseñanza aprendizaje más complejo en que el alumno es el principal artífice del proceso de enseñanza aprendizaje y cuya finalidad será la adquisición de unas competencias que permitirán al alumno introducirse con mayor facilidad en el mundo laboral que le es propio según su titulación.

Una competencia es «una combinación dinámica de atributos, en relación a conocimientos, habilidades, actitudes y responsabilidades, que describen los resultados del aprendizaje de un programa educativo o lo que los alumnos son capaces de demostrar al final de un proceso educativo» (Tunnig Educational Structures in Europa).

Otra definición de competencia nos acerca más a la aplicación práctica de la competencia:

Saber hacer complejo resultado de la integración, movilización y adecuación de conocimientos, actitudes y habilidades (cognitivas, afectivas, psicomotoras o sociales) utilizados eficazmente para desempeñar funciones determinadas en situaciones similares.

Una competencia, por lo tanto, es el resultado de la integración de conocimientos, experiencias, actitudes y valores.

Las competencias se deben encontrar especificadas de forma clara en el programa docente de la asignatura, que en este caso es el prácticum; esto permitirá organizar el contenido de la asignatura, las estrategias, metodologías docentes y la tipología de la evaluación más adecuada para asegurar la adquisición de estas competencias por parte del alumno.

Una misma competencia tiene diferentes niveles de consecución de lo sencillo a lo complejo, los cuales deben estar claramente indicados en el programa. Estos niveles generalmente están definidos en relación a los siguientes criterios:

1. El nivel básico de conocimiento que el alumno debe tener.
2. El modo en cómo aplica este conocimiento en diferentes situaciones.
3. El tercer nivel es cómo el alumno lo integra y es capaz de demostrarlo.

Para asegurarnos la adquisición de las competencias marcadas en el programa por parte del alumno se hace necesario introducir modelos de evaluación capaces de valorar tanto los niveles de adquisición como las diferentes dimensiones que tiene la competencia.

Estas competencias marcadas en el programa del prácticum son las que nos deben orientar en la selección y/o desarrollo del sistema de evaluación.

La evaluación debe actuar como un instrumento que ayude a los alumnos en su aprendizaje, orientándolos en sus progresos y facilitando la detección de sus dificultades. Se tiene que enfocar como una oportunidad de avance en el crecimiento personal y profesional. Los instrumentos utilizados deben ser conocidos y comprendidos por todos sus componentes, pues esto facilitará la utilización de los mismos.

La evaluación en Ciencias de la Salud debe ser capaz de evaluar los siguientes aspectos (Paulo Sandoval y Ricardo Solano):

- ✦ Adquisición del conocimiento
- ✦ Habilidades clínicas
- ✦ Juicio o razonamiento crítico
- ✦ Destrezas educacionales
- ✦ Cualidades profesionales

Competencia es una combinación dinámica de atributos en relación a conocimientos, habilidades y responsabilidades que describen los resultados del aprendizaje de un programa educativo o lo que los alumnos son capaces de demostrar al final de un proceso educativo.

Tuning Educational Structures in Europe

El proceso de evaluación

Antes de iniciar un proceso de evaluación hay una serie de preguntas clave que según se van contestando nos ayudan a clarificar cómo será el proceso de evaluación. Estas preguntas son: ¿Qué significa evaluar?, ¿qué evaluar?, ¿en qué momento?, ¿cuál es el instrumento y el tipo más adecuado?, ¿qué utilidad tendrán los resultados de la evaluación?, ¿quién realizará la evaluación? Contestar a estas preguntas nos ayuda a realizar una reflexión sobre esta parte del proceso enseñanza-aprendizaje y a plantearnos cuál es la mejor respuesta a estas cuestiones.

Algunas serán contestadas en este capítulo; otras, como los instrumentos más adecuados, forman parte de otro capítulo posterior.

¿Qué es la evaluación del aprendizaje?

Es un conjunto de actividades organizadas en un proceso sistemático de recogida, análisis e interpretación de información para emitir un juicio en función de unos criterios previamente establecidos con el propósito de tomar decisiones (Tenbrick, citado por A. Fernández March).

De esta definición se desprende que la evaluación es un proceso de aprendizaje sistemático y continuo que comprende:

- ✦ Buscar y obtener información sobre el desarrollo, logros, avances y grado de cumplimientos de objetivos y competencias por parte de todos los elementos implicados en el proceso de aprendizaje.
- ✦ El análisis de la información obtenida para conocer el estado o situación del proceso EA.
- ✦ Comprobar si se han conseguido los objetivos marcados y en qué grado todo con el fin de tomar decisiones que orienten el aprendizaje y los esfuerzos de la gestión docente.
- ✦ Orientar, motivar e involucrar al estudiante en su proceso de aprendizaje.
- ✦ Clarificar los objetivos a conseguir, reformularlos o cambiarlos.
- ✦ Debe utilizar los instrumentos y métodos más adecuados.

Es importante diferenciar el concepto de evaluación del de medición. Esta última es una cuantificación, un dato concreto que se puede utilizar para la evaluación, mientras que evaluar es proceso mucho más complejo que requiere valorar, emitir juicios de valor con los problemas éticos que a veces comporta. Es un proceso global y comprensivo en el que intervienen múltiples factores. La medición puede ser puntual, mientras la evaluación es permanente. En resumen, la medición está incluida dentro de la evaluación.

La evaluación incluye la medición (cuantitativa o cualitativa) y la supera hasta llegar a los juicios de valor que sean del caso.

La evaluación debe servir para:

- ✦ Ayudar a los alumnos a desarrollar su potencial de aprendizaje.
- ✦ En ella se deben reflejar todos los objetivos que llevarán a la adquisición de competencias y ser coherente con estos.
- ✦ Debe ser motivadora del propio aprendizaje de los alumnos.
- ✦ De carácter formativo y continua.
- ✦ Ha de ser inicial, de proceso y sumativa.

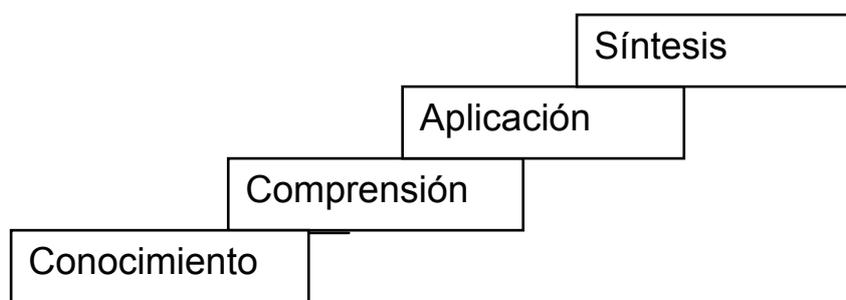
¿Qué evaluar?

Se pretende evaluar el proceso de aprendizaje del alumno (para la adquisición de unas competencias finales), que se puede evidenciar a través de las acciones, la observación, la verbalización, etc., teniendo en cuenta la consecución de los objetivos de aprendizaje establecidos y /o el grado de estos, que nos llevarán a la consecución de unas competencias.

Los objetivos deben ser conocidos por todos los integrantes del proceso de aprendizaje y pueden agruparse de acuerdo a la competencia que se quiere alcanzar.

Existen diferentes niveles de consecución de objetivos; se debe ascender en su logro como si fuera una escalera en la que un peldaño nos lleva al siguiente:

Taxonomía de objetivos de aprendizaje



Los objetivos deben ser logros que el estudiante tiene que alcanzar y valorar las diferentes dimensiones del aprendizaje prácticum. Estos objetivos educativos para conseguir las competencias profesionales en ciencias de la salud podemos clasificarlos, como hemos citado anteriormente, según la Univesidad de Temuco ⁴ en:

- ✦ Adquisición del conocimiento
- ✦ Habilidades clínicas
- ✦ Juicio o razonamiento crítico
- ✦ Destrezas educacionales
- ✦ Cualidades profesionales

Por lo tanto, el instrumento elegido para la evaluación debe ser capaz de valorar estas cinco dimensiones que podrían incluirse en la habitual clasificación de evaluar conocimientos (evaluación conceptual), evaluar habilidades (evaluación procedimental) y evaluar actitudes (evaluación actitudinal). Saber, saber hacer y ser. No obstante, esta clasificación de los objetivos educacionales para ciencias de la salud de Temuco nos guía de una forma más concreta para poder marcar no solo los objetivos, sino evaluar

competencias que son fundamentales en enfermería y otras disciplinas relacionadas con la salud.

1. Adquisición de conocimiento

Capacidad de adquirir, recordar, interpretar, relacionar e integrar conocimiento que permiten al alumno entender y profundizar en el cuidado de la persona, familia y entorno. Involucra comprensión de fenómenos, teorías, fundamentos de la profesión, análisis y síntesis del proceso salud-enfermedad entre otros.

2. Habilidades clínicas

Capacidad de adquirir, aplicar, adaptar e integrar los procesos teóricos con los prácticos. Incluye no solo habilidades relacionadas con la destreza en realización de procedimientos o procesos prácticos, sino también habilidades comunicativas, aplicación de conocimientos, razonamiento clínico, etc.

3. Juicio o razonamiento crítico

Capacidad de cuestionar, analizar, argumentar, interpretar, sintetizar críticamente la información. Favorece la práctica reflexiva, la creatividad y la inquietud por la investigación.

4. Destrezas educativas

Capacidad para reconocer las necesidades educativas tanto a nivel personal, como con la persona, familia y sociedad. Establecer objetivos educativos, establecer prioridades y desarrollarlas.

5. Cualidades profesionales

Nos referimos a cualidades profesionales, a aquellos aspectos y cualidades que se consideran indispensables en una enfermera y que deben estar siempre presentes tanto en su relación y cuidado con la persona y familia, así como con componentes del equipo profesional. Involucra un compromiso ético, sensibilidad, empatía, respeto, dignidad y humanismo, entre otros.

¿Para qué y cuándo evaluar?

La evaluación se desarrolla a lo largo de todo el proceso de enseñanza-aprendizaje, pero podemos diferenciar tres tipos de evaluación en relación a la finalidad con que se realiza y el momento en que se aplica:

- ✦ Evaluación inicial o diagnóstica. Esta evaluación se hará previa o en el momento del inicio del prácticum. Ayuda a conocer la situación o estado de aprendizaje del que se parte y orienta al tutor o profesor en las estrategias más adecuadas a utilizar. Ayuda a entender y valorar de forma individualizada el proceso que el alumno realiza desde el inicio hasta el final del prácticum. No tiene una calificación numérica.
- ✦ Evaluación formativa o de proceso. Se realiza a lo largo del proceso y su objetivo es facilitar el aprendizaje y la autoevaluación. Ayuda al alumno a situarse en cómo está realizando el proceso de aprendizaje, la adquisición de los objetivos o modificar errores. Al tutor le permite conocer el ritmo de aprendizaje del alumno, ayudarlo en caso necesario a alcanzar objetivos de forma satisfactoria o introducir nuevas estrategias de aprendizaje si es necesario. No suele tener calificación o si la tiene no suele ser muy importante para el resultado final, aunque sí que ayuda a valorar de forma más objetiva el resultado final del aprendizaje. Este tipo de evaluación puede realizarse de forma continua o varias veces a lo largo del proceso.
- ✦ Evaluación sumativa, también conocida como final, integradora o de resultado. Valora la consecución de los objetivos marcados y el nivel de competencia adquirido. Su objetivo es calificar o certificar los resultados obtenidos a lo largo de todo el proceso.

En el prácticum se realizan los tres tipos de evaluación que indicarán tanto al alumno como al tutor y profesor conocer en cada momento cómo se está llevando a cabo el proceso y cómo beneficia al alumno ya que favorece la comunicación y cambios necesarios para culminar con éxito el proceso. Es importante planificar en qué momento se realizarán las diferentes evaluaciones y dedicarles el tiempo necesario.

¿A quién y quién evalúa?

Es un error pensar que los alumnos son los únicos que deben ser evaluados. También debe ser evaluado el tutor, el profesor e incluso la unidad o institución en que el alumno lleva a cabo su prácticum. Es lo que habitualmente se conoce como «todos nos evaluamos a todos».

En el caso del alumno es imprescindible introducir la *autoevaluación* como un componente más de la evaluación que permite al alumno el desarrollo de la reflexión y la crítica personal. Compromete al alumno con su proceso, la autonomía y la motivación para conseguir los objetivos

Sin embargo, el alumno, como hemos dicho, no es el único elemento que debe ser evaluado. Se le debe dar la oportunidad de valorar el desarrollo de su proceso de aprendizaje y las personas e instituciones implicadas. Debe evaluar al tutor, al profesor y la unidad de prácticas.

La *coevaluación* es la valuación compartida entre los estudiantes, en la que también intervienen los tutores y profesores. El desarrollo del prácticum comporta trabajar en equipo: con los propios compañeros, tutor y equipo interdisciplinar. En el trabajo en equipo se comparten objetivos, saberes, tiempo de relación, etc. Estos aspectos de colaboración y aportación al grupo no deben pasar desapercibidos en la evaluación. La coevaluación ha de ser un proceso de dialogo, aportación y mejora al grupo.

¿Cómo evaluar?

Ya hemos visto cómo la evaluación no es un elemento aislado del aprendizaje, sino que es todo un proceso de recogida de datos, información y *feedback* con el alumno. Por lo tanto, la evaluación final y su resultado en una calificación no puede ser el resultado de un solo instrumento o prueba. Esta calificación final es el resultado del análisis de toda la información recogida a lo largo del prácticum y del logro de los diferentes objetivos propuestos en el prácticum. Todas las actividades y actitudes del alumno realizadas en su proceso de aprendizaje en el prácticum deben ser evaluadas.

La evaluación debe reflejar el avance y valoración final del alumno en los puntos que hemos marcados como fundamentales en el aprendizaje práctico del alumno. Recordémoslos:

- + Adquisición del conocimiento
- + Habilidades clínicas
- + Juicio o razonamiento crítico
- + Destrezas educacionales
- + Cualidades profesionales

Por lo tanto, en el instrumento de evaluación utilizado deben reflejarse tanto los aspectos de adquisición de conocimiento, como las habilidades y las actitudes. Estas últimas son una de las partes fundamentales a la hora de la valoración ya que todo lo que se hace (tanto alumno como tutor o profesor) se lleva a cabo con una actitud y disposición que es inherente a la persona. Las actitudes que siempre han generado tanta

controversia de cómo poder medirlas o valorarlas son fundamentales en los profesionales de la salud. La actitud se involucra no solo en «el ser», sino también en el «saber» y el «cómo hacer».

Cuando hablamos de un modelo de evaluación que recoja todo lo dicho en este capítulo, entendemos qué es la evaluación *cualitativa y formativa*, aunque por supuesto al final se tiene que transformar en una nota numérica pero que sea reflejo de todo el itinerario y recorrido que el alumno ha hecho a lo largo del prácticum. La cita posterior es un buen resumen de lo que debe ser una evaluación:

El modelo de evaluación al que nos referiremos es fundamentalmente cualitativo y formativo, que es el que consideramos válido y adecuado para evaluar los procesos de formación humana y de cualquier situación en la que lo humano sea prioritario.

Es el modelo que ofrece mayor riqueza de datos útiles para comprender en

toda su amplitud y profundidad el proceder de las personas y que permite, por lo tanto, la posibilidad de intervenir y perfeccionar su desenvolvimiento o actuación. En este sentido comenta Stufflebeam: «El propósito más importante de la evaluación no es demostrar, sino perfeccionar...» (Stufflebeam, D.L. y Shinkfield, A.J.: 1987: 175), citado por María Antonia Casanova⁵.

Esta evaluación ha de ser:

- ✦ Integral, donde se valoren los múltiples aspectos del aprendizaje y la integración entre asignaturas y el conocimiento teórico, práctico y experiencial.
- ✦ Continua, en la que se pueda ver los avances, logros, ayudar a superar las dificultades y/ o poder modificar a tiempo los errores.
- ✦ Formativa y formadora: debe servir como reflexión, autocrítica y sobre todo facilitadora del aprendizaje.
- ✦ Cooperativa, es una ayuda y cooperación de los elementos implicados en el prácticum.
- ✦ Flexible para poder valorar aquello que se debe valorar y en los momentos adecuados. Debe ser siempre susceptible de mejoras y cambios.

Para terminar, quiero decir que el instrumento de evaluación elegido debe ser *útil* para valorar aquello que se pretende, debe ser *aplicable* para que se pueda realizar, y *ético* para que sea justo e imparcial y que garantice la validez y fiabilidad.

Bibliografía

I. Citada:

- DELGADO GARCÍA, A. M. [coord.] (2006). *Evaluación de las competencias en el Espacio Europeo Superior. Una experiencia desde el derecho y la ciencia política*. Barcelona: JM Bosch Editor.
- FRY, S.T. (2008) *Curso tutoras*. Tarragona: Departamento de Enfermería URV.
- VILLA, A.; POBRETE, M. (2007) *Aprendizaje basado en competencias. Una propuesta para la evaluación de las competencias genéricas*. Bilbao: Ed. Mensajero.
- PANTOJA, M. et al. (2002) *Manual de evaluación para carreras de la salud*. Temuco (Chile): Ediciones Universidad de la Frontera.
- CASANOVA, M. A. *Evaluación: concepto, tipología y objetivos*. Consultada en: <http://diplomado.constructivista.googlepages.com/EvaluacionConceptoTipologia_Y_Objeto.pdf>.

II. Consultada:

- COLÉN, M. T.; GINÉ, N.; IMBERNOM, F. (2006) *La carpeta de aprendizaje del alumnado universitario. La autonomía del estudiante en el proceso de aprendizaje*. Colección Educación Universitaria. Barcelona: Octaedro ICE-UB.
- DELGADO, A. M. [coord.] (2006). *Evaluación de las competencias en el espacio europeo de educación superior. Una experiencia desde el derecho y la política*. Barcelona: Bosh editor..
- GIMENO, J.; PERÉZ, A.I. [Comp.] (2008) *Educación por competencias, ¿qué hay de nuevo?* Madrid: Morata.
- VILLA, A.; POBRETE, M. [dir.] (2007) *Aprendizaje basado en competencias. Una propuesta para la evaluación de las competencias genéricas*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- ZABALA, A.; ARNAU, L. (2007) *11 Ideas claves. Como aprender y enseñar competencias*. Barcelona: Grao.

Anexos

Instrumento de evaluación prácticum hospitalario

Nombre alumno:

Centro / unidad clínica:

Asignatura:

La evaluación en actitudes y aptitudes debe responder a los nuevos enfoques del aprendizaje, de modo que pueda ser un elemento de valoración y, al mismo tiempo, sirva para la mejora del aprendizaje. La evaluación es en sí misma un contenido que aprender en el que docentes y estudiantes deben asumir un nuevo rol que implica la adquisición de habilidades que les permitan mejorar. Sabemos que las actitudes, en tanto que relación de una persona con otra cosa, persona, idea o situación, se desarrollan a través de un proceso de socialización, maduración y desarrollo cognitivo; los componentes de este último son cognitivos —*lo que sabe de*—, emocionales —*los efectos que provoca*— y conductuales —*las acciones que llevamos a cabo*—, y se caracterizan porque surgen de la experiencia, tienen una función adaptativa y son, además de estables, susceptibles de ser modificados.

Modelo de esquema de respuesta

Se plantea el enunciado que representa rasgos con varias escalas que sirven para establecer el grado o medida en que dicho rasgo se presenta en el estudiante.

Rasgo:

Conducta observable

1 2 3 4 5

Escala: 5 Siempre 4 Generalmente 3 A veces 2 Pocas veces 1 Nunca

PROGRAMA TEMA 1: DESARROLLO DEL APRENDIZAJE	Evaluación de los objetivos específicos de aprendizaje relacionados con actitudes
<p>Competencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprender a aprender • Trabajar de forma autónoma con iniciativa • Trabajar y comunicarse en colaboración • Trabajar de forma colaborativa • Expresarse correctamente • Ser consciente de los roles, responsabilidades y funciones profesionales <p>Objetivos para trabajar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compromiso en el aprendizaje; ajuste social; solidaridad; trabajo en equipo; identificación de los roles profesionales. <p>Actitudes para desarrollar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad y asertividad; solidaridad y actitud cooperativa. <p>Principio que orienta la práctica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interiorización de la responsabilidad en su aprendizaje y en el rol del profesional. <p>Subtemas</p> <p>Habilidades de organización del propio trabajo y motivación en el aprendizaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivos marcados con el tutor • Elaboración de la carpeta y guías de aprendizaje • Trabajo acerca de conocimientos: presentación de trabajos • Implicación, iniciativa y perseverancia • Autoevaluación <p>Trabajo en equipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo colaborativo • La discusión de grupo <p>Ajuste social:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de horarios y tiempos de práctica • Asertividad y tolerancia 	<p>Responsabilidad, asertividad, solidaridad y actitud cooperativa en el grupo de iguales: Favorecen el cumplimiento del deber. Desarrollan la capacidad de asumir roles y, por lo tanto, <i>garantizan el compromiso en el aprendizaje y la sociabilización y capacitan para trabajar en equipo de forma tolerante.</i></p> <p>Rasgo: Compromiso en el aprendizaje</p> <p>Cumple los acuerdos fijados en relación con los objetivos personales</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Es organizado en el trabajo que presenta</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Se muestra activo y es perseverante ante las dificultades</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Asume las consecuencias de lo que hace y aprovecha los errores para aprender</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Cumple los acuerdos fijados en relación a la presentación de trabajos</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Rasgo: Ajuste social</p> <p>Cumple con las normas dadas por el profesor o tutor (horario, vestuario, etc.)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Plantea con respeto todas las cuestiones</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Rasgo: Solidaridad</p> <p>Participa en su grupo de iguales</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Escucha y valora las opiniones de los otros</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Busca puntos de acuerdo y no impone su opinión</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p>

PROGRAMA TEMA 1: DESARROLLO DEL APRENDIZAJE	Evaluación de los objetivos específicos de aprendizaje relacionados con actitudes
<p>Ajuste social:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de horarios y tiempos de práctica • Aserividad y tolerancia <p>Rol profesional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observación y valoración de las funciones profesionales • Función de asistencia a la persona y familia • Función de educación y tutela • Función de vigilancia y supervisión • Función y supervisión de medidas terapéuticas • Gestión eficaz de situaciones cambiantes <p>Gestión de la práctica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de las funciones que realiza • Utilización de recursos con criterios de eficiencia • Gestión del tiempo 	<p>Rasgo: Compromiso en el aprendizaje del rol profesional</p> <p>Identifica las funciones de los roles del profesional</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Identifica las funciones que desempeña en los diferentes aspectos del rol profesional</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Utiliza los recursos con criterios de eficiencia</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Sabe gestionar su tiempo</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p>
<p>Puntuación obtenida y observaciones:</p>	

TEMA 2: APLICACIÓN DEL RAZONAMIENTO CLÍNICO REFLEXIVO	Evaluación de los objetivos específicos de aprendizaje relacionados con actitudes
<p>Competencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar pensamiento crítico, lógico y creativo • Capacidad para cuestionar, evaluar, interpretar y sintetizar críticamente un abanico de información y fuentes dadas • Capacidad para emprender valoraciones utilizando herramientas en el marco teórico del <i>caring</i> • Desarrollar la vida personal y profesional teniendo una percepción amplia y global del mundo <p>Objetivos para trabajar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creatividad, práctica reflexiva, comprensión de fenómenos relacionados con la situación de enfermedad e inquietud por la investigación. <p>Actitudes para desarrollar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El razonamiento crítico y el pensamiento complejo <p>Principio que orienta la práctica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fundamenta el pensamiento y las intervenciones que realiza <p>Subtemas</p> <p>La naturaleza de la enfermería mediante el aprendizaje de la práctica reflexiva:</p> <p>Reflexionar en el momento de la acción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer la situación de la persona y familia: salud-enfermedad-experiencia percibida, clínica, efectos del tratamiento • Observar la práctica enfermera según la situación de la persona y su familia • Contrastar aquello que se ha observado 	<p>El razonamiento crítico y el pensamiento complejo: Favorecen la capacidad de concebir, de inferir, el análisis, la síntesis, la autoconciencia y el conocimiento en relación con las experiencias de salud y enfermedad, <i>desarrolla la comprensión de fenómenos, la creatividad, la práctica reflexiva y la inquietud hacia la práctica reflexiva.</i></p> <p>Rasgo: Creatividad e inquietud hacia la práctica reflexiva</p> <p>Se formula preguntas y respuestas</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Se esfuerza y es imaginativo en sus aportaciones</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Búsqueda de evidencias en relación a las situaciones que trabaja</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Justifica las acciones y los juicios que realiza</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Evalúa los resultados de sus acciones con el fin de mejorar</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Escribe datos significativos</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p>

<p>TEMA 2: APLICACIÓN DEL RAZONAMIENTO CLÍNICO REFLEXIVO</p>	<p>Evaluación de los objetivos específicos de aprendizaje relacionados con actitudes</p>
<p>Reflexionar y analizar las experiencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reflexionar sobre la práctica enfermera y la enfermería como <i>caring</i> • Análisis de incidentes críticos: factores que influyen en la respuesta • Ciclos reflexivos: temas • Estudio de situaciones: integración de teoría, investigación y práctica • Documentar la situación • Búsqueda de evidencias y guías de práctica clínica 	<p>Rasgo: Comprensión de fenómenos (necesidades básicas; problemas de salud; situación percibida...)</p> <p>Identifica los fenómenos emergentes en las situaciones 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Mobiliza e integra conocimientos interdisciplinarios 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Se formula preguntas que cobran diversidad de perspectivas (física, psicológica, social, cultural...) 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p>
<p>Puntuación obtenida y observaciones:</p>	

<p>TEMA 3: CREACIÓN DE UN ENTORNO DE PROTECCIÓN, SEGURIDAD Y COMODIDAD</p>	<p>Evaluación de los objetivos específicos de aprendizaje relacionados con actitudes</p>
<p>Competencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad para reconocer e interpretar signos normales o diferentes de salud, enfermedad, dolor, incapacidad de la persona • Capacidad para ayudar a satisfacer las necesidades humanas y el mantenimiento de las actividades cotidianas • Capacidad para administrar con seguridad fármacos y otras terapias • Capacidad para realizar acciones con medidas de seguridad y comodidad <p>Objetivos para trabajar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de signos y síntomas de riesgo • Aplicación de medidas de seguridad y comodidad <p>Actitudes para desarrollar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia y protección <p>Principio que orienta la práctica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protege y garantiza la seguridad <p>Subtemas:</p> <p>Apreciación de los cambios significativos en el estado de la persona:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La situación clínica • Signos vitales en relación a la situación clínica • Valorar pruebas analíticas • Percibir los riesgos según la situación: infección, riesgo de lesión, riesgo de caídas • Valorar los tipos de dolor: eficacia de los fármacos y de las medidas que la persona quiere ensayar para paliarlo • Valorar las posibilidades de autonomía de la persona y la capacidad de respuesta a los diferentes tratamientos 	<p>Vigilancia y protección. Favorece la comodidad y el mantenimiento del entorno limpio, estético y seguro. Son variables enlazadas con las medidas de protección y corrección del entorno que influyen en la recuperación y la calidad de la vida diaria. <i>Garantiza entornos de seguridad y comodidad.</i></p> <p>Rasgo: Garantiza entornos de seguridad</p> <p>En situaciones que no domina, pide ayuda al tutor para que el paciente reciba la asistencia necesaria</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Identifica cambios en el estado de la persona</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Está atento a la corrección de su postura cuando ejecuta diferentes procedimientos</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Está atento a los signos de lesión de la piel, dolor y alteración de los signos vitales</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En situaciones de riesgo y/o de emergencia, identifica comportamientos preventivos para el paciente y para sí mismo</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Aplica las normas de higiene y asepsia y mantiene estos principios cuando necesita alterar procedimientos</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Explica los criterios de los fármacos que administra (efectos, administración, interacciones, relación con el paciente...)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Utiliza los recursos de apoyo y de protección necesarios para la persona</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Se muestra más seguro en las habilidades de atención a medida que progresa el periodo de prácticas</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Ejecuta cuidados teniendo en cuenta las prioridades</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p>

<p>TEMA 3: CREACIÓN DE UN ENTORNO DE PROTECCIÓN, SEGURIDAD Y COMODIDAD</p>	<p>Evaluación de los objetivos específicos de aprendizaje relacionados con actitudes</p>
<p>Administración segura de medidas terapéuticas y de comodidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidas y normas de higiene y asepsia • Administración eficaz y segura de fármacos • Iniciación y mantenimiento de terapia intravenosa • Actuar para prevenir los riesgos de inmovilidad: prevenir lesiones cutáneas; ejercicios para favorecer la movilidad y la rehabilitación: ayudar a levantarse; prevención de complicaciones respiratorias • Curación de heridas y drenajes, teniendo en cuenta el tipo y la comodidad • Obtener respuestas médicas idóneas y en el momento oportuno • Elegir medidas idóneas para el control del dolor: revisión de la pauta farmacológica, distracción, música, respiración, estímulos del entorno... 	<p>Se asegura la continuidad de los cuidados iniciados</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Estrá presente en el cambio de turno</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Estrá atento a cómo las enfermeras obtienen respuestas médicas idóneas y en el momento oportuno</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Rasgo: Garantiza la comodidad</p> <p>Se preocupa por saber qué hace sentir cómodo al paciente</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Presta atención a los estímulos del entorno como elemento de comodidad (luz, ruido, cama, ventilación...)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Ensayo técnicas de comodidad y bienestar (masaje, respiración...)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Realiza transferencias y cambios de postura, higiene, limpieza de cabellos, corte de uñas...</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Utiliza estímulos sensoriales que producen bienestar en la persona</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Se anticipa a las necesidades de comodidad de la persona</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p>
<p>Puntuación obtenida y observaciones:</p>	

TEMA 4: CREACIÓN DE UN ENTORNO DE APOYO	Evaluación de los objetivos específicos de aprendizaje relacionados con actitudes
<p>Competencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidad para mantener dignidad, privacidad y confidencialidad del paciente • Capacidad para reconocer la ansiedad y el estrés • Capacidad para asegurar que los pacientes y cuidadores expresan sus preocupaciones e intereses <p>Objetivos para trabajar :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compromiso ético, sensibilidad, escucha y empatía <p>Actitudes para desarrollar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respeto <p>Principio que orienta la práctica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demuestra respeto por las personas / familia / entorno <p>Subtemas</p> <p>Comprende la interpretación que la persona hace de su situación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los aspectos significativos • Sentimientos negativos y positivos frente la situación • Ansiedad y estrés y estrategias de afrontamiento <p>Comprender el sentido de oportunidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necesidades de intimidad, de autonomía, de información y de cuándo y cómo darlas • Las situaciones en las que es necesario el consentimiento informado y cuándo y cómo solicitarlo • Reflexionar sobre cómo presentar la perspectiva de la persona cuando necesite amparo <p>Hacer asequibles y comprensibles aspectos de la enfermedad y tratamientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar a la persona y familia una interpretación de su estado y una explicación de la pauta del tratamiento 	<p>Respeto a las personas, favorece la intimidad, autonomía, los derechos, creencias y deseos de la persona; por tanto, desarrolla el <i>compromiso ético, sensibilidad, escucha y empatía.</i></p> <p>Rasgo: Compromiso ético</p> <p>Realiza actividades con el consentimiento del paciente</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Guarda y respeta la información obtenida (confidencialidad de los datos)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>No hace juicios de valor</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Es capaz de presentar la perspectiva de la persona y la actuación para prevenir el abuso (aquello que la persona quiera y esté dispuesta a hacer)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Rasgo: Sensibilidad</p> <p>En su actuación tiene en cuenta las capacidades y potencialidades de la persona</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Reconoce el espacio vital que la persona ocupa (llama, salud, se presenta, le comunica su rol...)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Dentro de sus competencias, favorece la autonomía de la persona respetando su ritmo</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Cuando interactúa con la persona procura la intimidad</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Cuando habla con la persona tiene en cuenta su situación</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Anima y ayuda a la persona a continuar con sus actividades cotidianas significativas</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p>

TEMA 4: CREACIÓN DE UN ENTORNO DE APOYO	Evaluación de los objetivos específicos de aprendizaje relacionados con actitudes
<p>Hacer asequibles y comprensibles aspectos de la enfermedad y tratamientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar a la persona y familia una interpretación de su estado y una explicación de la pauta del tratamiento <p>Proporcionar apoyo emocional a la persona y a su familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estar presente: estar al lado de la persona y de su familia • Reflexionar sobre cómo orientar a la persona y a su familia en sus cambios orgánicos y emocionales • Ayudar a seguir realizando las actividades cotidianas significativas, integrando las secuelas de la enfermedad 	<p>Presencia. Desarrolla la disponibilidad de estar con la persona; por tanto, capacita para la <i>escucha</i> y la <i>empatía</i>. Rasgo: Escucha</p> <p>Tiene en cuenta su postura corporal y está atento a la persona (proximidad, inclinación, mirada...)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Acepta el silencio (calla frente al silencio, no cambia de tema, no utiliza una conversación banal para llenar el silencio)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Cuando se relaciona tiene en cuenta la comunicación verbal y no verbal</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En las intervenciones responde en relación a las demandas</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Rasgo: Empatía</p> <p>Procura diferenciar el dolor de la persona/familia y se percata del tipo de respuesta que da</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Modifica la forma de relación con el paciente en función de su situación (recuperación, gravedad, complicación...)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Se esfuerza en reconocer la situación emocional de la persona</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p>
<p>Puntuación obtenida y observaciones:</p>	

Puntos fuertes	Puntos para reforzar
Encuentro profesor-alumno-tutor en prácticas para la evaluación	
Fecha y observaciones:	
Evaluación global:	
Fecha y firma del profesor	

Este manual es fruto de las conversaciones mantenidas con los tutores de las prácticas clínicas, sobre las situaciones que encuentran en el proceso de enseñar a aprender y en el de verificar si los alumnos aprenden aquello para lo que se los está capacitando. Siendo conscientes que el tutor del alumno es una persona clave porque es el referente más próximo y modelo de aprendizaje del alumno, este manual tiene como objetivo acompañarlos en este proceso y facilitarles un recurso para desarrollar la competencia tutorial.