



UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

LA DISCRIMINACIÓN EN EL APRENDIZAJE DEL CUIDADO

Tesis presentada como parte
de los requisitos para optar al grado de
Licenciados en Enfermería.

Catalina Isabel Alvarado Negrón
José Reinaldo Cuevas Azócar
VADIVIA-CHILE
2008

Profesor Patrocinante:

Nombre : Ricardo Alexis Ayala Valenzuela.
Profesión : Enfermero.
Grados : Magister (c) en Educación, mención Políticas y Gestión Educativas.
Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina Universidad Austral de Chile.

Firma :

Profesores Informantes:

1. Nombre : Sergio Toro Arévalo.
Profesión : Profesor de Educación Física.
Grados : Doctor en Educación.
Instituto : Filosofía y Estudios Educativos.
Facultad : Filosofía y Humanidades Universidad Austral de Chile

Firma :

2. Nombre : Sandra Valenzuela Suazo.
Profesión : Enfermera.
Grados : Magister en Enfermería; Doctora en Enfermería
Departamento : Enfermería.
Facultad : Medicina, Universidad de Concepción.

Firma :

Fecha de examen de grado:

Se agradece a:

Nuestras familias por su apoyo incondicional.

La comunidad universitaria, por permitirnos realizar esta investigación.

Los Docentes que, fueron nuestros guías durante este proceso.

ÍNDICE

	PÁGINA
RESUMEN	5
SUMARY	6
1. INTRODUCCIÓN	7
2. ANÁLISIS DE LA LITERATURA	8
3. MARCO EMPÍRICO	29
4. OBJETIVOS	31
5. DISEÑO METODOLÓGICO	32
6. RESULTADOS	39
7. DISCUSIÓN	57
8. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	62
9. CONCLUSIONES	64
10. REFERENCIAS	67
11. ANEXOS	71

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo comprender el fenómeno de la discriminación como parte del aprendizaje del cuidado en estudiantes de Enfermería, es decir, comprender de qué manera vivencian el fenómeno de escoger o priorizar a un individuo sobre otro al momento de proporcionar la atención. Esto, motivado por un intento de disipar la connotación negativa que carga el significado de “discriminar”, a fin de otorgarle el carácter fundamental y necesario que le corresponde de acuerdo al rol que cumple en el área de la salud. Para abordar dicha problemática, fue diseñado un plan de investigación cualitativa apoyada en mecanismos apropiados de recolección de datos, como entrevistas semiestructuradas y notas de campo, estas, fueron sometidas a análisis de contenido.

La selección de la muestra consistió en considerar a aquellos estudiantes de Enfermería de una Universidad del sur de Chile que se encontrasen cursando el quinto y séptimo semestre de la carrera, y hubiesen aprobado satisfactoriamente los cursos profesionales correspondientes al semestre anterior. Del corpus obtenido, fueron extraídos los casos extremos de rendimiento, seis de ellos corresponden a las calificaciones más altas, y cuatro a las más bajas.

Tras la aplicación del análisis de contenido a las muestras seleccionadas, los resultados que se obtuvieron, fueron contrastados con lineamientos teóricos previos, desde donde se obtuvo información sobre la visión que enfermeros profesionales tienen sobre el mismo fenómeno que los estudiantes. Dentro de los resultados, destaca la importancia que tienen las emociones y sentimiento dentro del proceso de aprendizaje del cuidado, para tomar cualquier decisión son de mayor relevancia los aspectos afectivos que las motivaciones racionales del encargado de discernir la urgencia de la atención.

Al mismo tiempo, se concluye de la investigación que los estudiantes realizan una discriminación positiva, beneficiosa tanto para ellos como para el paciente. La elección se realiza en algunos casos, de acuerdo a que la atención les otorgue aprendizaje experiencial, y en otros, de acuerdo al tipo de patología, edad, estadía hospitalaria, entre otras variables relativas al paciente.

Por otra parte, este estudio pretende, por medio de sugerencias y las propias conclusiones que de él se han obtenido, indicar posibilidades de investigaciones futuras que complementen y enriquezcan el conocimiento de este aspecto fundamental en el desempeño de los profesionales de Enfermería.

SUMMARY

The current investigation has like an objective understand the discrimination phenomenon as part of the learning on the care in nursing students, It means, to understand how the phenomenon is lived to choose or to prioritize to an individual on another one, at the time of providing the attention. This, motivated by an attempt to dissipate the negative connotation, stressed by the meaning “to discriminate” in order to grant it the fundamental and necessary character that it’s corresponded in according to the roll that it realizes in health area. In order to approach such problematic, a plan of qualitative investigation supported in appropriate mechanisms of data collection was designed, like semi structured interviews and notes on work-field. These were put under content analysis.

The selection of the sample consisted of considering those nursing students of a university in the south of Chile, who were studying the fifth and seventh semester of the course and have passed acceptably the professional course corresponding to the previous semester. From result obtained, the extreme cases of yield were taken; six of them correspond to the highest qualifications and four to lowest ones.

After the application of analysis of content to the selected samples, the results that were obtained were compared with previous theoretical directions, from where information was obtained about the vision that professionals on nursing have because of the same phenomenon that students do. Within the results, it emphasizes the importance that feeling and emotions have inside of the learning process of care, to take any decision the effective signals are of greater relevance than the rational motivations of the one in charge to discern the urgency of the attention.

At the same time, from the investigation, it can be concluded that students make a positive discrimination, beneficial such for them as for the patient. The election is made in agreement, in some cases; to the attention grant them learning from experience and in others ones, in according to the type of pathology, age, time remaining in hospital, among other variables related to the patient.

On the other hand, this study tries by means of suggestions and the own conclusions obtained from it, to indicate possibilities of future investigations that they complement and enrich the knowledge of this fundamental characteristic in the performance of nursing professionals.

1. INTRODUCCIÓN

La carrera de Enfermería tiene por objetivo proporcionar a la sociedad profesionales que comprendan la gestión del cuidado en lo relacionado con la promoción, mantención, restauración de la salud y prevención de enfermedades y lesiones. Durante su formación, el enfermero debe completar tres macroetapas curriculares: la básica comprende una serie de conocimientos elementales que corresponden al sustento teórico; en la segunda, denominada etapa pre-profesional, el estudiante obtiene las capacidades y herramientas necesarias para abrirse paso a la etapa profesional, en esta última, se habrá alcanzado un grado de competencia suficiente para desenvolverse sin mayores dificultades en el rol que las autoridades sociedades exigen de la enfermería y en el desempeño para cubrir las demandas de cuidados de los pacientes.

En la etapa pre-profesional, los alumnos deben realizar laboratorios de docencia clínica, tanto en atención primaria como terciaria, correspondiéndoles en estas instancias, brindar cuidados a diversos sujetos de atención, cuyos casos serán, en la mayoría de las ocasiones, designados por un docente. Cuando no sucede de esta manera, los estudiantes se ven frente a la obligación de escoger, a quién entregar atención, es decir, asumen un proceso de discriminación.

A partir de este tipo de situaciones, en este espacio específico de la formación, surge la necesidad de abordar el concepto de discriminación, comprendiéndolo mediante el análisis de la forma en que el estudiante de Enfermería lleva a cabo el procedimiento racional, deliberado y consciente de decidir a quién brindar atención en forma prioritaria.

La discriminación, de acuerdo a la etimología latina, proviene de la distinción, separación, utilizada para hacer referencia a una simple diferenciación o distinción, que no tiene como característica principal el ser negativa. Por otra parte, considerando lo expuesto por el Fondo de Población de las Naciones Unidas II (2005), existen dos tipos de discriminación la “entre” y la “en contra”, la primera resulta de carácter positivo, y la segunda, negativo y se distinguirán según el contexto que rodee la práctica de la distinción. Sin embargo, la connotación negativa que se le atribuye constantemente al acto de discriminar, es uno de los motivos distinguibles que explicarían la ausencia de documentación sobre este fenómeno tan presente en la actividad del enfermero. Tal falencia de información y datos, convierte esta investigación, requisito de tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería, en un aporte concreto y útil, para comprender esta temática desde las universidades chilenas encargadas de impartir la carrera de Enfermería, como para abrir paso a futuras investigaciones.

2. ANÁLISIS DE LA LITERATURA

2.1. EVOLUCIÓN DE LA EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA EN CHILE

El primer hospital de Chile fue fundado en 1543, siguiendo la escuela de la Edad Media, en estilo de hospedería, centro de orientación para el nativo ajeno a las ideologías europeas, lugar de refugio y consuelo para todos los que acudían a los frailes en busca de soluciones para sus problemas y necesidades. Pronto se fueron fundando otros hospitales semejantes, como el de La Serena (1559), el de La Concepción (1561) y el de San Juan de Dios (véase Elizondo & Frank, 1961).

La primera universidad se fundó en 1747, llamada Real Universidad de San Felipe, la que se regía mediante parámetros establecidos por las más antiguas universidades de la América Española, los cuales no cumplían con los ideales culturales y educativos de la sociedad chilena. Esta institución funcionó regularmente hasta el año 1813, iniciando un proceso de cambios que derivaron, en 1843, en la fundación de la Universidad de Chile. Esta comenzó a aceptar mujeres en sus aulas desde 1877. La Escuela de Medicina empezó a funcionar a fines del siglo XIX, debido a que fue en esta época en donde se dimensiona la importancia de su existencia. Algunos médicos habrían tenido la oportunidad de salir a Europa, para perfeccionar sus estudios, dicha experiencia recogida en el viejo continente, fueron el mejor medio de prestigio y adelanto de la medicina; en ellas también venía incluida la Enfermería (véase Flores, 1965).

El médico Eduardo Moore Bravo, célebre docente chileno, graduado de médico en forma distinguida en 1888, viajó a Europa en 1891. Comisionado por la Universidad de Chile, visitó Londres, París y Viena, y se interiorizó allí de los adelantos de la medicina y de los hechos y circunstancias que hacían de ella un éxito. Le llamó profundamente la atención el rol que desempeñaban las enfermeras, en especial en Inglaterra. Pensó que algo similar se debía crear en Chile. Su calidad incomparable de maestro, investigador, científico y luchador social, no le permitieron descansar a su regreso. Inició múltiples gestiones que concluyeron en grandes adelantos para la medicina. Entre ellos dio nacimiento y vida a la profesión de Enfermería (véase Flores, 1965).

Según lo planteado por Flores (1965) varias dificultades amenazaron la realización de esta iniciativa. Intereses creados y prejuicios, se hicieron presentes ante la nueva y revolucionaria idea de la Enfermería laica y femenina. Algunos discípulos lo comprendieron, apoyaron la idea y lo acompañaron.

2.1.1. Primera Escuela de Enfermería:

Luego de grandes esfuerzos y de pasar las dificultades, el Sr. Moore junto a un grupo de médicos progresistas, logran organizar la primera Escuela de Enfermería en Chile en abril de 1902 (véase Elizondo & Frank, 1961).

El curso inició en el Hospital San Borja, en mayo de ese año. Los estudios tenían una duración mínima de tres años, divididos en 6 semestres, donde al final de cada uno debía rendirse un examen de promoción. Se daba mayor énfasis a la formación práctica, tanto hospitalaria como domiciliaria, y el lugar de estudio era siempre el hospital. La enseñanza era gratuita, y ningún docente o ayudante eran remunerados. Para ser admitidas dentro de la Escuela necesitaban cumplir ciertos requisitos:

- Tener buena educación.
- Poseer instrucción primaria.
- Tener una moralidad irreprochable.
- Ser de muy buena salud.
- No tener menos de 18 años ni más de 37.

Al finalizar los estudios se les entregaba un diploma, como prueba de idoneidad profesional, y después de tituladas debían formar una corporación que continuara bajo la vigilancia de la Escuela de Enfermería (véase Flores, 1965).

En 1904 finalizó la preparación del primer grupo, iniciando sus actividades en los hospitales y en los domicilios. La tarea inicial muy difícil; dura y triste, ya que debieron soportar humillaciones, dudas y discusiones por su condición de enfermeras. Ellas no esperaban ser reconocidas por su importante labor, lo esencial era trabajar sin interesar el tipo o calidad de trabajo, ni las horas de vigilia; con ello se aliviaba un dolor, el salvar vidas (véase Flores, 1965). Pero gracias a la dedicación con que cada una de las enfermeras realizó su labor, los enfermos se sentían seguros y mejoraban con mayor rapidez, las indicaciones médicas eran cumplidas con exactitud y silencio. Ya no se podía negar su eficiencia.

Los médicos comenzaron a interesarse por su trabajo y a descubrir las enormes ventajas de la nueva profesional. Fue tal el impacto que esto causó, que en 1904 el médico. Moisés Amaral asistió al Segundo Congreso Médico para presentar un trabajo titulado: La profesión Enfermera, en el cual hizo ver la utilidad de la labor por parte de la enfermera, y el significado que ella tenía en el progreso de la medicina moderna. A la finalización del congreso, este prestó su aprobación al siguiente acuerdo: “Se recomienda a los Gobiernos de los países Latinoamericanos a la creación de Escuelas de Enfermería” (Flores, 1965).

Según Flores (1965) en junio de 1906, el Supremo Gobierno de Chile, decretó la fundación de la Escuela de Enfermería del Estado, la cual era dependiente de la Facultad de Medicina y Farmacia de la Universidad de Chile, nombrando como Director al señor Francisco Navarro, y siendo la primera de las escuelas en Sudamérica. Gracias a este apoyo que recibió la Escuela, ésta siguió funcionando con firmeza y acierto.

En 1910 el Sr. Navarro renuncia, quedando a cargo el médico Eugenio Díaz Lira, conocido por todos por su brillo como clínico, considerando necesario hacer una revisión de los programas de estudios, tarea en la que colaboró ampliamente la médica Fresia Rosas.

La médica Rosas, trabajó con una vitalidad sorprendente para poder lograr mayores avances en la enseñanza de la Enfermería, preocupándose arduamente de la experiencia práctica de las estudiantes y de la calidad total de la enseñanza. En 1915, inauguró el primer uniforme oficial de las enfermeras, útil para realizar atención en los domicilios. También ideó el primer estandarte de la Escuela. Renunciando a su cargo en 1916, por traslado de ciudad (véase Flores, 1965).

En 1917 se realiza una nueva revisión a los programas de enseñanza, con objeto de enseñar las materias de acuerdo a las necesidades de los enfermos y de la profesión.

En 1919 en Santiago, gracias a los auspicios del médico Alejandro del Río nace la Escuela de Enfermeras de Beneficencia de Santiago, anexada al Hospital de Niños Manuel Arriarán, en la cual se propuso organizar internados con las características de las Escuela Nightingale. Escuela-internado era lo ideal aceptado en todo el mundo con la finalidad de preparar a las Enfermeras (véase Flores, 1965).

El médico Del Río, no permaneció jamás quieto en su afán de dar categoría a la profesión. Le preocupó mucho las condiciones bajo las cuales funcionarían las Escuelas de Enfermería de Beneficencia y su relación con la dependiente Universidad. Por lo cual realizó gestiones para lograr el reconocimiento oficial de la Escuela de Beneficencia, y es así como el 30 de junio de 1921 se dicta un decreto en relación a la Enfermería (Ver Anexo N° 1). La finalidad de este decreto era determinar la uniformidad de la educación de las enfermeras y su carácter Universitario (véase Flores, 1965).

Según Flores (1965) la solidez profesional que hoy existe al igual que el profundo sentido de unión, radica en gran parte en la sabiduría de este decreto. Con él, todas las enfermeras de Chile ostentarían la misma preparación y un título otorgado por una Universidad.

En 1924, se crea el Consejo Superior del Servicio de Enfermeras en Chile, otro acierto de la inteligencia e interés del Sr. Ríos, integrado por médicos cuya función era velar por el mejoramiento de la enseñanza de las escuelas de Enfermería y por las condiciones de las plantas físicas de funcionamiento de estas escuelas, apreciándose ya una preocupación por el ambiente donde se desarrollaba la carrera de Enfermería (véase Cid & Sanhueza, 2006).

En 1926, se creó en Chile la Escuela de Enfermería de Sanitarias dependientes de la Dirección General de Sanidad. Era un programa intensivo de postgrado para enfermeras, en un comienzo tenía duración de 3 años, pero en 1928 por escasez de recursos económicos se vieron en la obligación de disminuirlo a solo un año (Flores, 1965).

Flores (1965) registra que en el año 1947 se creó un proyecto llamado, *Programa Mínimo de Estudios para las Escuelas de Enfermería*, siendo aprobado en el Primer Congreso Nacional de Enfermería, celebrado en la ciudad de Concepción. Este nuevo plan se puso en vigencia en el año 1951, el cual consistió en: conjugar armónicamente la lucha por la prevención de las enfermedades, mejoramiento y mantención de la salud y su reparación, uniformó el requisito de ingreso para las Escuelas de Enfermería, exigiendo el Bachillerato en Biología. Con él, desapareció la división artificial que se mantenía en la formación de las enfermeras, eliminando de este modo los títulos de Enfermera Hospitalaria y Enfermera Sanitaria, para dar lugar a uno sólo, el de Enfermera.

Las alumnas recibieron entonces desde la inicialización de sus estudios, los conocimientos sociales y de salubridad, que reforzaron y orientaron el aprendizaje. Se procuró que la enseñanza teórica fuese más relacionada con la práctica y de preparar y usar bien las diversas habilidades clínicas, sanitarias y sociales. Se estableció que para el buen desarrollo del nuevo plan era necesario disponer de un adecuado número de Instructoras debidamente preparadas, y en la proporción de una para ocho alumnas (véase Flores, 1965). La duración de la carrera sería de cuatro años, con una malla curricular muy similar a la que se utiliza hoy en día.

Cid y Sanhueza (2006) en el contexto de su publicación *Acreditación de campos clínicos de Enfermería* señalan que “La Sección de Enfermería del Servicio Nacional de Salud elaboró en 1956 las Normas para la organización del trabajo de Enfermería en hospitales y en el área de Salud Pública”. Es aquí donde se revisó el programa básico que existía, y se realizaron modificaciones de acuerdo a las nuevas necesidades identificadas, como las relacionadas con la experiencia clínica, todo en beneficio de la educación de las alumnas, este consistió: “reducción del número de servicios donde las alumnas realizaban sus experiencias; selección de los servicios mejor organizados que contaran con enfermeras competentes y que dispusieran del material y equipo necesario para proporcionar buena atención de Enfermería” (Cid & Sanhueza, 2006). En los servicios de medicina y cirugía las alumnas atenderían a aquellos enfermos que ofrecieran oportunidades educativas y no más de 3 ó 4 enfermos por alumna, debiendo estar a cargo de la instructora en cada

práctica. Para ese tiempo esto fue un avance muy innovador, que probablemente influyó directamente en un mejor y más completo desarrollo pre-profesional para las enfermeras de esa época.

A través de esta relación de hechos respecto a la historia de evolución de la educación en la carrera de Enfermería en Chile, se infiere que la práctica era, es y será considerada un pilar fundamental en el desarrollo del estudiante.

2.2. TOMA DE DECISIONES

Johansen (1970) define como toma de decisión, al acto de escoger entre diferentes alternativas, a aquella que implique la acción más apropiada para la obtención de determinado objetivo, éste no es un proceso lineal (véase Barros, 1986), ya que puede volver atrás antes de completarse, por lo cual viene siendo un proceso cíclico. Tomar una decisión implica escoger entre varias alternativas. Tomar la mejor decisión, supone haber hecho un análisis de lo que hubiera sucedido si cada una de las posibles alternativas se hubiera seleccionado. La toma de decisiones es un acto cotidiano que está involucrado en múltiples actividades que generalmente se hace por técnicas como la adivinanza, la reacción visceral, la intuición, o la experiencia basada en opiniones o sucesos muy parecidos. Pocas decisiones se toman con plena certidumbre sobre sus posibles consecuencias (véase Sanchez-Pedraza et al., 2008).

Según Damasio (1997) adoptar una decisión que sea compleja y de resultado incierto en el típico problema personal que se plantea en un entorno social, requiere conocimientos amplios y estrategias racionales para operar sobre ese conocimiento. Este incluye hechos acerca de los objetos, personas y situaciones en el mundo externo. Pero las decisiones personales y sociales son inextricables de la supervivencia y entonces el conocimiento también incluye hechos y mecanismos relativos a la regulación del organismo como un todo. Los procesos de razonamiento se desenvuelven alrededor de opciones para la acción, predicción de futuros resultados y planes para implementar diversas metas en variadas escalas de tiempo.

Las decisiones personales y sociales están cargadas de incertidumbre e impactan - directa o indirectamente - en nuestras posibilidades de supervivencia. Requieren entonces, un amplio repertorio de conocimientos relativos al mundo externo y al que contiene al organismo.

Ya desde un ámbito conductista, Skinner (1995) plantea que la dificultad para tomar una decisión se relaciona con tres aspectos: estructurales, personales y políticos, explicados a continuación:

Aspectos estructurales: dentro de esta categoría se agrupan las siguientes situaciones:

- a. El grado de incertidumbre: la incertidumbre se presenta cuando no se conoce completamente la probabilidad de que ocurra un evento. Al existir incertidumbre resulta imposible conocer de antemano cuál va a ser el resultado de una decisión.
- b. Cantidad de alternativas disponibles: entre mayor sea el número de alternativas entre las cuales haya que escoger, mayor será la complejidad del recorrido entre la decisión y las posibles consecuencias. La utilización de herramientas gráficas, como los árboles de decisión, permiten tener una visión más clara y precisa de los diferentes cursos que pueden tomar las múltiples alternativas de decisión.
- c. Consecuencias de tomar la decisión: Entre más graves son las consecuencias de tomar una decisión incorrecta, más difícil resulta optar por una alternativa.
- d. Frecuencia con la que se toman decisiones parecidas: a menor frecuencia, mayor suele ser la dificultad para tomar la decisión.

Aspectos personales: Algunas características psicológicas de quién toma la decisión pueden dificultar este proceso, al igual que las emociones, debido a que influyen considerablemente para regular la actividad y la conducta del sujeto (Smirnov et al., 1960, citado por Ibañez, 2002). El tomador de decisiones debería ser una persona que tenga claridad sobre las características personales que pudieran afectar el proceso de seleccionar la alternativa acertada.

Aspectos políticos: en algunos casos la alternativa más acertada, escogida mediante un proceso racional y sistematizado, debe supeditarse a consideraciones de orden político que resultan prioritarias.

Esto lleva a suponer que de todos los aspectos, el estudiante de Enfermería debe utilizar al menos uno de ellos para hacer la distinción o separación de pacientes al momento de brindar atención. En esto radica la importancia de conocer los mecanismos involucrados en la toma de decisiones de este tipo.

Según Rangel y Escobar (2004), los profesionales del área de la salud enfrentan un sin número de decisiones en el curso de sus actividades. El Sistema de Salud, depende de la calidad de las decisiones de sus diferentes actores. Es por ello que tomar mejores decisiones es un tema que debe concernir a todo profesional y organización del sector salud sean ellas prestadoras de servicios o desarrolladoras del talento humano. Si se consideran los distintos niveles de intervención en el campo de la salud, es posible advertir que existen procesos de toma de decisiones a nivel individual, grupal y social. A nivel individual se toman decisiones por parte del profesional, del paciente o en conjunto. A nivel grupal, en forma de grupos de decisión (juntas, consejos, comités, etc.). En el campo social se realizan decisiones a nivel de aseguradoras del sistema de salud o entes gubernamentales,

como la definición de políticas de salud, planes de cobertura y sistemas de financiación (véase Rangel & Escobar, 2004).

Un estudio exploratorio realizado en Cuba por Corona y Fonseca (2003), con estudiantes de la salud, mostró que el proceso de toma de decisiones es un tema que no se debe dejar de lado al momento de su desarrollo como profesionales. Lo que pretendía dicho estudio era precisar la percepción sobre la habilidad en la toma de decisiones, encontrándose que debido a su condición de estudiantes especialmente por ser del área de la salud, no están autorizados a tomar sus propias decisiones, esto nos remite a la idea de que al egresar no tienen la practica suficiente para saber discriminar en que paciente se debe atender, ya sea por criterios de gravedad u otros.

Según Corona y Fonseca (2003), la formación en la etapa de pregrado de la habilidad de toma de decisiones relacionadas con la conducta y el manejo terapéutico de los pacientes presenta importantes limitaciones, a causa de que el estudiante no puede tomar por sí sólo muchas de estas decisiones por las posibles desfavorables consecuencias que pudieran acarrear para el paciente. Por esta razón, el alumno se encuentra seriamente limitado en estos aspectos, debido a que estas decisiones están ligadas a la acumulación de experiencias.

Como el estudiante no puede intervenir totalmente solo sobre los pacientes, ve limitada la formación de una "experiencia propia", precisamente en aquellas etapas del proceso de atención al enfermo en que la toma de decisiones adquiere un papel protagónico en la labor asistencial del profesional. Estas dificultades determinan que se le dedique menos espacio a la formación de esta habilidad y ello a la vez empeora la situación, por lo que ocurre un verdadero círculo cerrado (véase Corona & Fonseca, 2003).

2.3. APRENDIZAJE

Valenzuela (2007), plantea que el aprendizaje que deben realizar los estudiantes, ya sean escolares o universitarios, ha de ser profundo, lo cual implica la construcción de conocimientos a través del establecimiento de una red de conexiones significativas, tanto dentro de la disciplina, como en su relación con otros dominios de conocimientos y, por supuesto, también con la vida diaria. Pero para tener un aprendizaje significativo no es suficiente con disponer de un material potencialmente significativo y de ideas pertinentes en las estructuras cognitivas, a las cuales relacionarlas, es necesario también tener una disposición a aprender de manera significativa. En síntesis querer aprender significa, de alguna manera, necesitar ese aprendizaje (véase Valenzuela, 2007). Según el mismo autor, se quiere aprender cuando se visualiza de alguna manera que dicho aprendizaje tiene sentido, es decir, cuando “tiende a, se orienta a, sirve para, significa algo”.

Un factor muy importante de considerar es la motivación que tiene el estudiante para lograr dicho aprendizaje, ya que dependiendo de los intereses que tenga, será la motivación que tiene éste para lograr de mejor manera el aprendizaje profundo, sino sólo será un aprendizaje.

Archambault y Chouinard (1996), citados por Valenzuela (2007), plantean que la motivación que tienen los estudiantes es el conjunto de determinantes que impulsan al alumno a comprometerse activamente en su proceso de aprendizaje, a adoptar comportamientos susceptibles de conducir a la realización de los objetivos de aprendizaje que él persigue, y a perseverar ante las dificultades. El querer aprender, implica de alguna manera, activar y mantener en actividad una serie de recursos cognitivos, tales como la atención, memoria, y procesos psicológicos superiores para poder adquirir y procesar información, desarrollar ciertas destrezas, y comprometerse en tareas que impliquen pensar (Perkins, 1993, citado por Valenzuela, 2007).

Dentro de la dinámica motivacional cumplen un rol fundamental los aspectos afectivos que tienen las personas, ya que por ejemplo de acuerdo al estado anímico que presente el sujeto, será la energía que tendrá de participar en ciertas actividades. Las emociones a su vez son indicadores y retroalimentación de cómo marcha esta relación con el objeto.

2.3.1. Mecanismos cognitivos de aprendizaje

“La razón mediante la cual nos diferenciamos de los brutos, por medio de la cual podemos conjeturar, argumentar, rebatir, discutir, conducir a término y formular conclusiones, es común a todos, diferente por preparación, pero igual en cuanto a facultad de aprender” Cicerón, s.f. (citado por Bermeosolo, 2005). Esta frase permite entender que las personas tienen los medios para poder tomar decisiones bien meditadas, eligiendo según lo que cada uno crea lo más correcto.

Bermeosolo plantea que, si bien cuando se utilizan esos mecanismos, suelen intervenir también fenómenos de índole cognitiva, en algunas ocasiones esta intervención no es tan explícita. De hecho, alguien puede aprender algo nuevo sin percatarse siquiera de haber condicionado o de estar reproduciendo patrones de conducta observados en otras personas, éste es un acto innato.

El sujeto internamente debe asumir un rol más activo en su aprender, debe existir algo que motive dicho aprendizaje. Aquí juegan un papel decisivo fenómenos tales como: la percepción consciente, las imágenes mentales o representaciones, las emociones y, de manera muy especial, el pensamiento en sus diferentes formas y manifestaciones. Esto no quiere decir que las personas puedan estar libres de todo tipo de manipulación cuando

utilizan la razón o ponen en juego sus mecanismos cognitivos: la psicología social, el análisis crítico del discurso llevado a cabo por lingüistas, la sociología, entre otros, han documentado ampliamente cómo el lenguaje oral y escrito, el acceso preferencial al discurso público a través de los medios de comunicación, etc., pueden ser poderosos medios de poder y de control ideológico, es decir, pueden constituirse en herramientas de persuasión y manipulación, justificándose aparentemente en argumentos que apelan, justamente, a los mecanismos cognitivos (véase Bermeosolo, 2005).

Para Bermeosolo (2005) el término cognición incluye todos los procesos mediante los cuales el input sensorial es transformado, elaborado, almacenado, recobrado o utilizado; para este teórico cognitivista, fenómenos como ver, escuchar, y recordar son actos de construcción, pueden hacer más o menos uso de la información del estímulo, dependiendo de las circunstancias, es decir, la persona reconstruye activamente sus experiencias, no es simplemente una máquina copiadora de datos entregados por los sentidos.

Las personas diariamente se ven afectados por diversos estímulos, lo cuales pueden ser visuales, auditivos, recuerdos, entre otros. Si bien los estímulos en sí son todos similares, cada persona los percibe de manera diferente, construyendo una interpretación individual he irrepetible, esto se debe a que intervienen muchas variables, tales como la historia personal, el contexto en que se dan los estímulos, las condiciones de los órganos sensoriales, o bien las vías neuronales que transportan los estímulos al sistema nervioso central.

Como sostiene Jenkins (1978) citado por Bermeosolo (2005), el recuerdo no es sólo función de lo que el mundo exterior presenta, sino que es también función de lo que se hace con los acontecimientos a medida que se los experimenta, la memoria se ve afectada en forma diferencial, según como se use la maquinaria mental.

El conocer todo lo anterior nos ayudará de manera significativa a entender el aprendizaje que realiza el estudiante de Enfermería, logrando así, de esta forma comprender y conocer, qué es lo que determina que un estudiante separe o distinga entre personas que se encuentran hospitalizadas/os en el hospital.

Imagen

Es una reproducción mental de los rasgos fundamentales de los preceptos y constituye un material importante para los recuerdos, evocaciones y también para el pensamiento. Por su parte, Lersch (s.f.) citado por Bermeosolo (2005), define imagen como todo contenido de conciencia que tiene su significado intencional referido a un objeto real o ideal, existente o no, presente o no.

Raciocinio

Es una relación sintagmática entre juicios, obteniendo de esa relación una conclusión. En términos de la lógica aristotélica, el razonamiento es el acto por el que el entendimiento a partir del conocimiento de alguna verdad, procede al conocimiento de otra verdad mediante algún término medio conocido, ejemplo: el ser humano es mortal, Sócrates es un ser humano, Sócrates es mortal.

Pensamiento

Se puede entender de varias maneras, el primer sentido utilizado por Descartes es muy amplio (véase Bermeosolo, 2005), hay actividades mentales no cognitivas, y el segundo sentido alude a la actividad del entendimiento en general, en cuanto es distinta del conocimiento sensorial y de la voluntad.

En un sentido genérico, pensamiento hace referencia a procesos cognitivos caracterizados por el uso de símbolos (en especial, abstractos, como los conceptos y sus rótulos lingüísticos) para representar los objetos, sucesos y relaciones.

El conocimiento intelectual (que algunos llaman cognición, en sentido estricto) es el que permite la aprehensión de la esencia de las cosas, la captación de los significados, gracias a la acción del pensamiento y el lenguaje.

Inteligencia

La inteligencia -por su parte- es un constructo basado en mediciones, que corresponde al nivel general del desempeño cognoscitivo, como explican Ausubel et al., 1983 (citado por Bermeosolo, 2005). La inteligencia es así una estimación del funcionamiento intelectual.

Lenguaje

El término lenguaje se suele utilizar, tanto para referirse a la facultad o capacidad del ser humano de comunicarse y de representar la realidad mediante signos, como a los sistemas de signos en sí, que sirven a tales propósitos.

El lenguaje oral es muy rico en sus posibilidades de rotulación, descripción, ordenación y comunicación de hechos y sus relaciones. Sin embargo, si se requiere mayor precisión, más coherencia y rigor, el hombre ha acuñado lenguajes científicos como medio de expresión en las diferentes áreas del saber.

Aspecto afectivo

Los aspectos afectivos influyen grandemente para regular la actividad y la conducta del sujeto. Solamente aquellos fines hacia los cuales el sujeto tiene una actitud emocional positiva pueden motivar una actividad creadora (Smirnov et al., 1960, citado por Ibáñez, 2002). Por lo tanto las emociones determinan las condiciones de sujeto para poder aprender. Todo ello influye en que el conocimiento (o aprehensión) intelectual, posible gracias al pensamiento y el lenguaje (o los lenguajes), pero basado también de manera decisiva en el conocimiento sensorial, pueda lograr un nivel más alto en su aproximación a la realidad; de lo relativamente simple y concreto, a elaborado y abstracto.

2.3.2. El aprendizaje

Según el diccionario de la Real Academia Española (2008) el aprendizaje es “la adquisición por la práctica de una conducta duradera, la cual se ve influenciada de una u otra forma por aspectos lógicos, cognitivos y/o afectivos”.

Robert Gagné (1993), psicólogo, define aprendizaje como “un estadio interno aprendido que influye en las elecciones de acción personal hacia una categoría determinada de personas, objetos y acontecimientos”. De acuerdo es esto existirían condiciones en que ocurre el aprendizaje, condiciones internas y externas. Donde las condiciones internas son capacidades ya adquiridas por el estudiante que tienen carácter de pre-requisito y que luego se integran a la capacidad externa recién adquirida. Las condiciones externas son símbolos, situaciones o hechos capaces de estimular al estudiante facilitando o dificultando su aprendizaje. Ambas condiciones se ven directamente influidas por las emociones y los sentimientos.

Por actitud se entiende la capacidad adquirida, que afecta la elección del sujeto sobre una acción hacia personas, objetos o acontecimientos. Las referencias expuestas anteriormente, proporcionan orientación al momento de comprender el aprendizaje de las actitudes, descritas frecuentemente como estados afectivos e incluso se les identifica con comportamientos emocionales. La formación y el mantenimiento de las actitudes se rigen por las mismas leyes de cualquier otro aprendizaje, y generalmente se forman de manera gradual e inconsciente. Las experiencias cotidianas del individuo van formando las actitudes y éstas a su vez, influyen en esas experiencias, por lo que se advierte una vertiente entre estos dos fenómenos. En términos metódicos, en las actitudes se han diferenciado tres

componentes cuya interacción y combinación configuran la predisposición a actuar de cierta manera hacia los objetos específicos. Estos son: elementos cognitivos, afectivos y conductuales (véase Valenzuela, 1995).

En el componente cognitivo de las actitudes destacan las opiniones, ideas, creencias y el conocimiento que tienen las personas, relativos a los sujetos y objetos de la actitud. Por ejemplo, las ideas, conocimientos, opiniones que tiene un estudiante sobre una persona, si ésta exhibe una actitud prejuiciosa, es porque dispone de una serie de cogniciones acerca del sujeto de su discriminación, coherentes entre sí.

El comportamiento afectivo de las actitudes, está constituido por los sentimientos a favor o en contra que el sujeto de la actitud provoca en el estudiante y es el componente más evidente e influyente que forma parte de las actitudes. El componente afectivo tiene a su vez dos dimensiones. Una de ellas es la búsqueda de contacto con el objeto de la actitud, la que será considerada positiva cuando existe búsqueda y negativa si existe rechazo, y la dimensión del afecto hacia el objeto, la que será positiva si el objeto produce agrado y negativa si produce desagrado.

Chadwick (1983) llama variables afectivas al estado anímico de los estudiantes que están influyendo en su aprendizaje, éstos son, por un lado, la motivación intrínseca o interés en lo que se aprende. Cuando el alumno se siente motivado se esfuerza por alcanzar algún objetivo y de algún modo recibe una recompensa al haberlo alcanzado.

Dentro de los aspectos afectivos pueden encontrarse la empatía, las emociones y los sentimientos.

a. Empatía

Según Toro (2005) la empatía es "la habilidad básica para comprender otra experiencia individual, la capacidad de que a partir de los propios sentimientos o sensaciones, qué puedo sentir por otra persona".

En este sentido la empatía constituye la capacidad emocional-cognitiva-corpórea básica, sobre la cual se construyen todos los sentimientos y emociones que se pueden sentir o tener por el otro, como el amor, la preocupación, el respeto, la compasión, etc., elementos esenciales en el ejercicio de cuidado. Por lo tanto, la empatía es una precondition para la consciencia de lo humano, debido a que permite la acción del lenguaje y con eso la interpretación de los distintos fenómenos que suceden independientes de su magnitud. Vale decir en toda acción humana está inmersa la empatía (véase Toro, 2005).

Algunos autores argumentan que la empatía abarca respuestas con pautas afectivas y cognitivas. Así, se ha hecho una distinción entre empatía cognitiva, que involucra una comprensión del estado interno de otra persona, y una empatía emocional (o afectiva), que involucra una reacción emocional por parte del individuo que observa las experiencias de otros y se pone en el lugar del mismo (véase Goleman, 1996).

La empatía emocional se une a la empatía cognitiva, que retoca la teoría de la mente y que es la capacidad de comprender lo que siente y piensa el otro, como si uno pudiese ponerse en el lugar del otro, continuando siendo uno mismo y respondiendo de manera apropiada (véase Toro, 2005).

b. Emociones

Maturana (1997) plantea que una emoción es un “estado afectivo que experimentamos, una reacción subjetiva al ambiente que se presenta acompañada de cambios orgánicos, ya sean fisiológicos y/o endocrinos, de origen innato o influidos por la experiencia”.

Las emociones tienen una profunda raíz orgánica o biológica, pero principalmente ligadas al cerebro, el cual controla el estado emocional de las personas, aunque también de nuestros demás órganos vitales (véase Maya, 2003).

Para otros autores, las emociones no son lo que corrientemente se denomina como sentimientos. Desde el punto de vista biológico lo que se connota cuando se habla de emociones son disposiciones corporales dinámicas que definen los distintos dominios de acción en que se desarrolla el ser humano. Cuando se cambia de emoción, cambia de dominio de acción, por lo cual se definen las emociones como las disposiciones corporales para la acción.

Las emociones influyen fuertemente para regular la actividad y la conducta del sujeto. Solamente aquellos fines hacia los cuales el sujeto tiene una actitud emocional positiva pueden motivar una actividad creadora (Smirnov et al., 1960, citado por Ibáñez, 2002).

Maturana (1997) postula que las emociones son mucho más que sólo un aspecto a considerar para explicar las acciones humanas, más bien sostiene que las emociones son disposiciones corporales dinámicas que están en la base de las acciones y que toda acción humana se funda en una emoción: “... lo que connotamos cuando hablamos de emociones son distintos dominios de acciones posibles en las personas y animales, y a las distintas disposiciones corporales que los constituyen y realizan. (...) no hay acción humana sin una

emoción que la funde como tal y la haga posible como acto. (...) no es la razón lo que nos lleva a la acción sino la emoción” (Maturana, 1997). Las clases de acciones tienen que ver con las emociones que permiten su realización; así, dependiendo de la emoción en que uno se encuentre será el tipo de acción que puede realizar, en cada momento.

Durante mucho tiempo la importancia dada a las emociones ha sido desdeñable, si se compara con la alta valoración que se le otorga a la racionalidad, pero las emociones, al ser estados afectivos, indican estados internos personales, motivaciones, deseos, necesidades e incluso objetivos, lo cual constituye el vivir humano, evidenciando que todo sistema racional tiene fundamento emocional (véase Maturana, 1997). La subvaloración de las emociones, se sustentaría en el temor hacia ellas y el considerarlas rupturas de la razón que deben ser controladas, pues como advierte Pérez “hemos aprendido por medio de la cultura racionalista, que las emociones ciegan o entorpecen la razón” (Pérez, s.f., citado por Maya, 2003). El ser humano vive en una cultura que lo declara como un ser racional, que se ve obligado a no reconocer el entrelazamiento cotidiano que se produce entre razón y emoción.

El desempeño del ser humano está determinado por las mentes emocionales y racionales, lo que hace necesario encontrar un equilibrio entre “la cabeza y el corazón”. Se debe aprender a discernir y reflexionar sobre las emociones para mantener una responsabilidad sobre los actos. De este modo, transformando el sentir, las conductas adquieren coherencia respecto a lo que se quiere ser y hacer del mundo (véase Delgado et al., 2005).

Si las emociones definen el espacio de acciones posibles de realizar, puede considerarse que constituyen el aspecto de mayor relevancia para facilitar los aprendizajes en educación: emociones positivas o gratas permitirán la realización de acciones favorables para el aprendizaje, emociones negativas o no gratas lo impedirán.

c. Sentimientos

Los sentimientos son vivencias afectivas de paulatina aparición, que organizan la actuación del sujeto. Existen por un período relativamente prolongado y tienen un carácter generalizador. Ejemplos de sentimientos son el amor al trabajo, a la patria, a los hijos, el odio a la explotación, a la discriminación racial (Maturana, 2000).

El mismo autor (Maturana, 1997) también sostiene que los sentimientos no son lo mismo que las emociones. Los sentimientos aparecen más tardíamente que las emociones y surgen en gran medida sobre la base de estas. Se dice que los sentimientos encuentran en las emociones una vía de expresión. No todos los sentimientos se relacionan con

emociones, todas las emociones generan sentimientos, pero no todos los sentimientos tienen su origen en las emociones.

Cuando el cerebro interviene en las emociones, mediante el razonamiento, la conciencia, modifica la emoción hasta convertirla en algo distinto, donde el fenómeno afectivo resultante se denomina sentimientos. El miedo es una emoción, pero la desconfianza es un sentimiento. Cuando uno interviene la experiencia y la conciencia frente a diversas situaciones, tanto más complicado son los sentimientos.

Emoción y sentimientos como se ha dicho, son concepto diferentes, las emociones están relacionadas con las necesidades vitales, mientras que los sentimientos lo están con el ambiente, ya sea con la naturaleza, con otras personas o consigo mismo (véase Maya, 2004).

Para finalizar, los aspectos afectivos juegan un papel fundamental en el aprendizaje (véase Damasio, 1997) por lo que deben ser considerados con la importancia que eso implica. Considerando esto, puede afirmarse que tanto los profesionales como los estudiantes de Enfermería deben poseer claridad en la forma en que los aspectos afectivos pueden influir en su beneficio y en el de los sujetos de atención. De este modo, James Watson con la Teoría del Cuidado, muestra la necesidad de trabajar estos aspectos con las personas, sujetos de cuidar.

2.4. TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE WATSON

Desde el comienzo de la vida los cuidados existen. Los seres humanos, como todos los seres vivos, han tenido la necesidad de recibir cuidados, porque cuidar es un acto de vida. Vale decir los cuidados no son ni fueron propios de una profesión, de un oficio, son actos de cualquier persona que ayuda a otra para asegurarle la continuidad de la vida (véase Sanhueza, 2001).

La importancia del cuidado para Enfermería ha sido reconocida desde los orígenes de su práctica; Nightingale reconoce que la Enfermería crea la “atmósfera curativa y del cuidado” lo que contribuye positivamente a la recuperación de las personas a través de la curación.

El concepto del cuidado ha sido definido por muchos autores; enfermeras como Diana Forsyth y otras, en 1989 (citado por Valenzuela, 1995) lo han conceptualizado como “el medio o la herramienta usada por Enfermería en la práctica a través de un proceso fundamentado en la reverencia por la vida, el amor de sí mismo y de otros y del interés por mejorar las condiciones del mundo. Está basado en la dedicación que motiva y energiza a

sí mismo y a los otros hacia la mutua actualización”. Esta definición se sustenta en conceptos definidos por Jean Watson, autora de la Teoría del Cuidado Humano (1979), donde presenta su visión del cuidado como un factor integrador en el desarrollo del curriculum de Enfermería (véase Sanhueza, 2001).

Watson define cuidado como “el ideal moral de la Enfermería y cuyo fin es la protección, elevación y preservación de la dignidad humana” (Sanhueza, 2001). Su trabajo se debe a la necesidad de identificar y clarificar las conductas y valores que son imprescindibles en el cuidado. Para Watson Enfermería es la disciplina del cuidado y la identifica como una ciencia humanística. Sus postulados revelan gran influencia de las teorías de Nightingale, Henderson, Krueter, Hall y Leininger, así como las de Carl Rogers, Erickson y Maslow (véase Neil, 2003). Watson dice que el cuidado emerge desde un sistema de valores humanistas y altruistas que ayudan a tolerar las diferencias, y ver al otro a través de su sistema perceptual, más que a través del propio.

La salud es un concepto subjetivo ilusorio y más que la ausencia de enfermedad, Watson al hablar de salud se refiere a la unidad y armonía entre la mente, el cuerpo y el alma relacionándose con el grado de coherencia entre lo que percibe y experimenta uno mismo. La enfermera debe ser una persona clínicamente competente, pero también debe tener una base sólida en humanidades para el proceso holístico de los usuarios, para lo cual debe trabajar en relación a los diez factores asistenciales del cuidado que deben integrar el ejercicio de la enfermera y su yo. Estos factores son (véase Neil, 1999):

La revisión de los conceptos, premisas y supuestos de esta teoría, permite comprender el cuidado como el núcleo de la actuación profesional en la ejecución de sus tareas para el ejercicio de sus roles.

- Formación de un sistema humanístico-altruista de valores.
- Inculcación de fe y esperanza.
- Cultivación de la sensibilidad para uno mismo y para los demás.
- Desarrollo de una relación de ayuda-confianza.
- Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.
- Uso sistemático del método científico de resolución de problemas para tomar decisiones.
- La promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal.
- Provisión de un ambiente de apoyo, de protección mental, física, sociocultural y espiritual.
- Asistencia en la satisfacción de necesidades humanas.
- Permitir la admisión de la existencia de fuerzas fenomenológicas.

La teoría del Cuidado de Watson plantea extensas y complicadas premisas que entregan las bases para utilizar el cuidado como un constructo en la ciencia de Enfermería (véase Neil, 2003), y se enuncian como:

“El cuidado y la Enfermería han existido en todas las sociedades. Toda sociedad ha tenido alguien que ha entregado cuidado a otros. Una actitud de cuidado no se transmite por herencia. Es transmitida de generación en generación solamente por la cultura de la profesión como manera exclusiva para afrontar el ambiente. Las oportunidades de las enfermeras de obtener educación avanzada y comprometerse con niveles de análisis más elevados de los problemas e intereses en su educación y práctica profesionales han llevado a Enfermería a combinar esta orientación humanista con una ciencia relevante (...) Frecuentemente existen discrepancias entre la teoría y la práctica, o entre los aspectos los científicos y artísticos del cuidado, particularmente, por la disociación entre los valores científicos y los valores humanísticos”

En el entendido de que el cuidado es más salutogénico¹ que la curación, la práctica del cuidado integra el conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrece cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia de cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación. De esto se desprende que mientras los factores curativos apuntan hacia la curación de la enfermedad, los factores del cuidado se dirigen al proceso del cuidado, ayudando a la persona a tender o mantener su salud o a morir pacíficamente.

Gaut, s.f., (citado en Neil, 2003) señala la necesidad de que se cumplan tres condiciones en el ámbito de la asistencia, fundamentadas en la conciencia y conocimiento suficientes de la necesidad de asistencia de la persona, en la intención de actuar con acciones basadas en el conocimiento y en el logro de un cambio positivo como resultado de la asistencia, juzgado sólo sobre la base del bienestar de los demás. Watson complementa las condiciones anteriores agregando el valor fundamental y el compromiso moral para prestar la asistencia y, por otro lado, la voluntad de servicio. Según ella, la Enfermería está orientada a la salud, la enfermedad y la experiencia humana, específicamente a promover la salud, prevenir la enfermedad, cuidar al enfermo y restaurar la salud. En este intento define la Enfermería como una disciplina de vida, incluida la muerte, y la prolongación de la existencia.

Los postulados de Watson pueden ser complementados con el planteamiento de Carper (1978), quien sostiene que el conocimiento de Enfermería no reside únicamente en las evidencias científicas, en los datos empíricos obtenidos mediante el método científico ni a través de la racionalidad impuesta por la aplicación de tal método en el cuidado (Proceso de Enfermería). La práctica del cuidado tiene también otras fuentes de conocimiento, tales como el proceso emocional e intuitivo dado por el desarrollo de sí mismo como instrumento terapéutico, de la experiencia de probar límites del bien y el mal, y del adecuar permanentemente el arte de cuidar de otros a las necesidades trascendentales de las personas, otros, en un proceso creativo que no puede llegar a mecanizarse.

¹ Concepto referido a generar salud. Ha sido modificada la traducción original “salud-genético”.

Desde aquella óptica fragmentada, para la Enfermería su centro está en el conocimiento del ser humano como ser completo e infragmentable. Para Watson (Valenzuela, 1995) en el presente, al igual que en el pasado, el énfasis es sobre la promoción de la salud, más que sobre el tratamiento especializado de la enfermedad. Debido a esto, Enfermería está interesada, en el conocimiento y comprensión del cuidar, que es diferente, pero complementario al conocimiento y comprensión del curar el cual es dominio de la medicina. Al mismo tiempo, la evolución de la educación en Enfermería ha modificado, desde los confines del hospital se ha trasladado a las aulas de la Universidad, estableciendo una disciplina y permitiendo a la Enfermería adquirir amplios conocimientos para comprender la conducta humana.

La preocupación de Watson sobre cómo el educador en Enfermería debe ser enseñar el cuidado a los estudiantes en condiciones de cambio constante, y hacer suyo el pensamiento que exponen Kramer y Reed (s.f.) (véase Valenzuela, 1995), al decir: “la dirección del curriculum es educar a individuos a ser autodirigidos, a ser capaces de pensar críticamente y a entregar su máximo potencial. El currículo está diseñado para que cada estudiante siga su propio proceso de actualización y fomente éste en otros”.

Al momento de describir el “Proceso del Cuidado”, Watson se refiere a él como lo fundamental de enfermería. El autor plantea que para aplicar este proceso se comienza por ir de los supuestos que expresa (Neil, 2003), los cuales pertenecen al campo de la ciencia del cuidado en Enfermería. Plantea además, que el cuidado sólo lo puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal y que comprendería factores que resultan al satisfacer ciertas necesidades humanas. En este sentido, el cuidado eficaz se centraría en promover la salud pero también en el crecimiento personal o familiar, vale decir, considerar la persona que el individuo puede llegar a ser. De esta manera, un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial a la vez que permite elegir para la persona mejor acción en un momento determinado.

Las actitudes del cuidado deben ser enseñadas en los primeros años de la carrera, y ser reforzadas en los años que siguen. Del análisis de estos elementos surge la importancia de conocer los factores que influyen en la adquisición de conocimientos durante las experiencias de cuidar de otros, es decir, aquellas donde el cuidado inicial a sujetos es el cambio primordial en el progreso curricular, que aflora como un hecho de mucha importancia, en el sentido de que, conociendo, reforzando y monitoreando aquellos que las refuerzan, se puede actuar sobre ellos, modificando los que dificultan el aprendizaje y potenciando aquellos que lo facilitan.

2.5. DISCRIMINACIÓN COMO TOMA DE DECISIÓN

El término discriminación tiene su origen en la palabra latina *discriminatio*, cuyo significado es el de distinción, separación. A la vez, según el Diccionario de la Real

Academia Española (R.A.E.) (2008), discriminar conlleva tres significados: uno, “*separar, distinguir, diferenciar una cosa de otra*”; dos, “*dar trato de inferioridad a una persona o colectividad, por motivos raciales, políticos o religiosos, etc.*; y tres, “*apreciar dos cosas como distintas o como desiguales*”.

La discriminación constituye un fenómeno social que ha producido una constante atención en el área de las ciencias sociales, especialmente en el de la sociología y la psicología. En general, la sociología ha tratado la discriminación en el marco de teorías sobre las relaciones étnicas y raciales. La mayoría de los análisis sociológicos han enfatizado los patrones de dominación y opresión, consideradas como expresiones de luchas por poder y privilegios. Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) la psicología social ha analizado la discriminación en relación con el prejuicio, y éste, a su vez, con tipos de personalidad (UNFPA 2003).

En primer lugar, es importante diferenciar entre la discriminación que se enuncia en la relación individual y la que se muestra como un fenómeno social. En este caso, se trata del desagrado, la subestimación o descalificación que una persona siente por otra persona como individuo *singular*. Es un tipo de relación, o más precisamente de discriminación, netamente *interindividual*. En contraposición, para delimitar lo que constituye una discriminación social efectiva se precisa que “las gradaciones y distinciones en que se concrete (la discriminación)² no estén reconocidas y aceptadas por la sociedad en general como un componente estructural de la misma” señalado por Recasens Siches, s.f., (citado por UNFPA, 2003).

Un segundo aspecto tiene que ver con la relación que comúnmente se establece entre la discriminación social y el prejuicio. Según Allport, s.f. (citado por UNFPA, 2003), la discriminación debe ser considerada como una forma directa de la expresión de los prejuicios existentes en un colectivo determinado. Los prejuicios aparecen como determinantes de los comportamientos discriminatorios que llevan a justificar las acciones de exclusión del otro (UNFPA, 2003). Toda discriminación supone la idea de un tratamiento desigual, lo que no es necesariamente negativo. Por ejemplo: la existencia de estacionamientos especiales para personales minusválidas, es claramente discriminatoria, pero no genera conflicto, pues se reconoce que es un trato diferente para personas que se encuentran en una situación diferente. Es decir, se trata de una discriminación no arbitraria, ni menos sancionable, lo que la ley antidiscriminación persigue es evitar una diferenciación sin justificación, que carece de un fundamento objetivo y razonable (García, 2007).

Considerar la discriminación como un elemento negativo sólo se produjo en el siglo XX, se extendió con notoriedad después de la II Guerra Mundial, con la aprobación de la Carta de las Naciones Unidas (ONU) en 1945, dentro de cuyos objetivos figuraba el

² El paréntesis es nuestro.

promover el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales del individuo, sin distinción de raza, sexo, idioma o religión (véase García, 2007).

Sin embargo, no sería hasta 1976 al entrar en vigencia el Pacto de Derechos Civiles y Políticos, cuando se produce un cambio en la actitud mundial respecto a la discriminación, se llegan a acuerdos específicos sobre prevención y penalización del genocidio y sobre eliminación de cualquier forma de discriminación racial (véase Magendzo, 2000).

En Chile, el proceso se inició con la toma de conciencia sobre el tema, un desarrollo empático de las comunidades hacia los discriminados, el rechazo al accionar con modelos discriminatorios, para finalmente dejar plasmado en diversas legislaciones la prohibición de discriminar en el empleo, el ingreso a cargos públicos, o las opciones de acceso a la educación y las sanciones aplicables a la infracción (véase García, 2007).

La palabra discriminación puede ser utilizada tanto para designar la ruptura de la igualdad que se les da en el trato a individuos de un mismo grupo, en el que no se advierten diferencias de estatus o poder, como para designar la ruptura de la igualdad que se da en el trato a individuos que pertenecen a grupos entre los que se advierte tal diferencia. Un ejemplo para el primer caso consiste en un grupo pacientes que acuden a la consulta médica en un hospital público, donde los tiempos de espera son prolongados y desde muy tempranas horas; una mujer es atendida fuera de la lista de espera porque ella es conocida del personal de salud. Para el segundo caso, resultaría representativa una diferenciación hecha por el personal de salud en el trato y la acogida entre pacientes heterosexuales y homosexuales, que acuden a control médico rutinario, discriminación que surge en relación a los prejuicios que tiene o no el personal de salud sobre cada uno de estos grupos sociales (véase UNFPA, 2005)

En resumen y considerando los dos ejemplos anteriores, el concepto de discriminación vale tanto para referirse a una simple diferenciación o distinción, como para designar la diferenciación injusta o arbitraria, o puesto en los términos de UNFPA (2005) existen dos tipos de discriminación, una “entre” y otra “en contra”, la primera resulta de carácter positivo, y la segunda, negativo y se distinguirán según el contexto que rodee la práctica de la distinción.

2.5.1. Aprendizaje en la facultad de los mecanismos de discriminación

La capacidad de discriminar ha sido estimada como una habilidad importante del intelecto (véase Magendzo, 2000). El mundo se volvería caótico si no existiese la capacidad de distinguir una cosa de otra y si no se pudiera categorizar. El ser humano se mueve en una cultura simplificadora y de categorías. Las categorías se establecen de acuerdo a una variedad infinita de atributos. El aprendizaje por discriminación suele relacionarse con las características distintivas de los objetos de estímulos. De esa manera,

el niño aprende a responder de manera diferencial ante las características que sirven para distinguir objetos entre sí.

La adquisición de la capacidad de discriminar es una empresa de gran importancia en la vida diaria y en el aprendizaje. Los niños aprenden desde muy temprana edad a distinguir entre las diferentes partes de su ambiente: colores, intensidad, forma, tamaños, texturas, distancias, tonos, etc. Los adultos, así mismo deben aprender continuamente nuevas discriminaciones de objetos de estímulo, como la ubicación de puertas, calles, las diferencias entre rostros recién conocidos, el sabor de vinos y muchas cosas más. Es así como ocurre en el aprendizaje escolar, el alumno confrontado diariamente con la necesidad de aprender discriminaciones entre colores, formas, letra, números y otras cosas impresas, así como entre los sonidos del habla. Mucho más tarde, los estudiantes aprenden a diferenciar entre, quizás, las características microscópicas de los tejidos del cuerpo. Bower, 1966 (citado por Ardilla, 1979) define aprendizaje de discriminación como el proceso por el cual los estímulos llegan a adquirir control selectivo sobre el comportamiento. El término discriminación se utiliza para describir este tipo de control (Ardilla, 1979).

Magendzo (2000), señala que para poder realizar el aprendizaje de discriminaciones deben existir ciertas condiciones que lo permitan:

- a. **Condiciones internas del sujeto:** En las personas debe existir la capacidad de recordar y restablecer las diferentes cadenas de respuestas necesarias para exhibir la discriminación.

- b. **Condiciones en la situación de aprendizaje:** Las condiciones del aprendizaje suelen establecerse mediante el reforzamiento selectivo de respuestas correctas, en contraste con las incorrectas, ante la presencia del estímulo (un objeto o cualidad-objeto).

- c. **Implicaciones educativas del aprendizaje por discriminación:** Este es engañosamente simple, y su necesidad puede soslayarse. Las discriminaciones que se exhiben en la mayoría de las personas, han sido aprendidas desde muy temprano en la vida y sin ninguna intención deliberada.

3. MARCO EMPÍRICO

Escasos son los estudios publicados en relación a los cuidados de los estudiantes de Enfermería que realizan a los pacientes en el contexto chileno. A continuación se da a conocer lo obtenido en dichas investigaciones, para poder contrastarlos con los que se obtengan en este estudio.

En 1995 Valenzuela realizó una investigación que consistió en estudiar los factores que influyen en la actitud de los estudiantes de Enfermería para otorgar cuidado a los pacientes. En ella se puede destacar que la actitud del cuidado varía levemente en relación a nivel educacional que tiene el paciente, debido a que se observa cierta tendencia hacia personas con nivel de educación bajo y mediano, más que de nivel alto. Otro factor que igual se ve influyendo sobre el cuidado de los pacientes es la edad que ellos tenga, ya que los estudiante presentan cierta tendencia a los pacientes adulto joven y adulto maduro, observando una situación diferente de acuerdo a los adultos mayores, debido a que pasan a ser su segunda opción de elección. También hace énfasis a que los estudiantes demuestran preferencia por pacientes que se comunican eficazmente o tienen un alto grado de comunicación y principalmente a los que son medianamente dependientes.

Por otra parte, Baer y Lowery, 1987 (citado por Valenzuela, 1995) investigaron una muestra de 140 estudiantes de bachillerato de una Escuela de Enfermería, los sentimientos del alumno acerca del cuidado, sentimientos que se originaban en situaciones de la experiencia clínica y del paciente propiamente tal. Las autoras de este estudio se sintieron motivadas por estudios que concluían que no todas las enfermeras entregan igual cuidado a todos sus pacientes y que en ello estaría influyendo consideraciones morales, escasa comprensión de las conductas que éstos expresaban, características raciales, religiosas, físicas y étnicas, además que se habrían observado más conductas de ayuda de las enfermeras hacia aquellos pacientes que aceptaban todo, eran físicamente atractivos y cumplían con todas las indicaciones sin irritarse. Observaron que los estudiantes de Enfermería sintieron agrado de entregar un mejor cuidado a los pacientes alegres y comunicativos, a quienes tenían dolor o percibían con una mayor necesidad de cuidado de Enfermería, como igualmente a los que respondieron positivamente al cuidado entregado.

Baer y Lowery (véase Valenzuela, 1995), mencionan estudios que refuerzan sus conclusiones como los de Mitsunaga y May, en 1979, que encontraron que los pacientes que estaban menos enfermos, eran más deseados para ser cuidados por las enfermeras. El de Stockwell, en 1972, habría observado también, que aquellos pacientes que tenían facilidad para comunicarse, por su personalidad o actitudes individuales, influían en que las enfermeras se sintieran agradas de proporcionarles cuidado. También se citan otros estudios donde el atractivo físico del paciente se asociaba con el cuidado, como el de Dion en 1972, y el de Nordoholm en 1980, en el cual los pacientes físicamente “atractivos”

fueron encontrados por los que los cuidaron como teniendo un mejor pronóstico y siendo “más inteligentes” y “motivados” que físicamente “menos atractivos”.

A partir de todo lo anterior, nace la inquietud de comprender cómo el estudiante de Enfermería realiza el acto racional (emocional), deliberado y consciente al que corresponde la discriminación, además de la forma en que vivencia el fenómeno como toma de decisión, cuando debe decidir a quien brindar atención.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En el momento que los investigadores ingresaron a formar parte de las aulas universitarias realizaban sin percatarse un proceso de distinción, de separación con otras carreras y/o personas. Es allí el primer episodio discriminatorio que viven los universitarios, el cual al ir transcurriendo el tiempo se va haciendo más propio y más notorio.

Es así que se va dejando de lado un poco la parte teórica (cognitiva) de la carrera elegida, y nos adentramos al submundo de la realidad laboral con nuestros primeros pasos en esta, es justo aquí que los investigadores se dan cuenta que nosotros al igual que los demás compañeros realizan un proceso tal vez un poco diferente de discriminación, respecto al concepto que socialmente se le da, ya que ahora involucra a sujetos de atención, y no tan sólo a objetos inanimados o factores que puedan influir en directamente en sus vidas.

Dentro de este transcurrir intrahospitalario, a los investigadores les surge una interrogante, ellos les gustaría conocer si al igual que ellos, sus compañeros viven el proceso discriminatorio de la misma forma, es así que nace la opción de investigar cualitativamente este fenómeno y comprender o conocer como es vivido este proceso en las demás personas que viven experiencias similares.

Es así que se puede definir entonces, como problema de estudio el dado por la siguiente pregunta de investigación:

¿De qué modos opera el fenómeno de la discriminación, como parte del proceso de toma de decisiones en estudiantes de enfermería, al momento de brindar cuidados a un sujeto de atención?

4. OBJETIVOS

El presente estudio tiene como finalidad documentar los procesos cognitivos relacionados con la facultad de discriminar que permite al estudiante de Enfermería concentrar o desconcentrar cuidados en los sujetos de atención. En base a esta indagación, se planteará el desarrollo de una propuesta pedagógica que considere los procesos racionales y emocionales en el aprendizaje del cuidado de pacientes.

4.1. Objetivo General

Comprender las formas en que opera el fenómeno de la discriminación, como parte del proceso de toma de decisiones en estudiantes de Enfermería, al momento de brindar cuidados a un sujeto de atención.

4.2. Objetivos Específicos

- Indagar en el proceso racional de discriminación ejercido por los estudiantes de Enfermería, al momento de realizar o brindar cuidados a un sujeto, de modo de esbozar una tipología de esta facultad.
- Categorizar factores que se presentan como asociados al proceso de toma de decisiones en los estudiantes de Enfermería al momento de brindar cuidados en el contexto nosocomial.
- Reconocer el significado que atribuye el estudiante de Enfermería al acto de diferenciar o distinguir entre distintos sujetos hospitalizados al momento de brindar sus cuidados.
- Elaborar una propuesta de trabajo pedagógica que integre procesos cognitivos ligados al aprendizaje del cuidado humano

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1. IDENTIFICACIÓN DE LA ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Frente a las diversas situaciones que se presentan en la realidad, la información cuantitativa es una buena herramienta de investigación, en tanto proporciona información objetiva y estadísticamente confiable (Bernal, 2006). No obstante, cuando se quiere indagar sobre qué piensa o percibe el individuo frente a diversas situaciones, se formula una serie de interrogantes, cuyas dimensiones no encuentran respuestas en la investigación cuantitativa, en virtud de lo cual, las investigaciones cualitativas pueden otorgar una respuesta adecuada a la hora de indagar las vivencias, percepciones, sentimientos y/o emociones de las personas (véase Sandoval, 2002).

La metodología cualitativa, en cambio, proporciona distintas alternativas para lograr obtener un conocimiento más íntimo de una situación en concreto, la que permite la comprensión de un problema o de un hecho que se quiera explorar en mayor profundidad, como es lo que se pretende con esta investigación, conocer como vivencian el fenómeno de la discriminación los estudiantes de Enfermería al momento de brindar atención a un paciente.

La frase ‘metodología cualitativa’, según Taylor y Bogdan (1998), hace alusión en su más amplio aspecto a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable. Es un modo de ver al mundo en su forma empírica, donde el investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holísticas, es decir que las personas, escenario y/o grupos no son reducidos a variables, sino consideradas como un todo.

Según Mejía (s.f.) el método cualitativo ha revalorizado al ser humano concreto, como objeto central de análisis, en contraste con las excesivas abstracciones y la deshumanización del cientificismo positivista de períodos anteriores. Lo que interesa es el mundo social en el que participa el sujeto, el mundo de significaciones en donde el mismo interviene, llenando los significados con su experiencia personal.

La investigación cualitativa no se preocupa de generalizaciones, principios o leyes, el foco de su atención se centra en lo específico, en lo individual, lo peculiar, busca siempre la comprensión y no la explicación de los fenómenos estudiados y abandonando las generalizaciones (véase Sandoval, 2002), se comprende desde la perspectiva interna, es decir, desde el punto de vista de las personas que vivencian una experiencia dada, y de percibir la intencionalidad de sus acciones. De esta manera, el “comportamiento que a

primera vista parecen irracional o inexplicables, mirado desde el lugar de los actores, tiene sentido” (De la Cuesta, 1999).

La investigación cualitativa se orienta a múltiples campos y temáticas definidas por el estudio del mundo social, para ello emplea diversos métodos, entre ellos, el análisis de contenido es el que se seleccionó para esta investigación, a fin de que permita la comprensión del proceso relacional que realizan los informantes.

El análisis de contenido es una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto (Krippendorff, 1990). Como técnica de investigación, el análisis de contenido comprende procedimientos especiales para el procesamiento de datos científicos. Al igual que todas las restantes técnicas de investigación, su finalidad consiste en proporcionar conocimientos, nueva intelecciones, una representación de los hechos y una guía práctica para la acción. En resumen, es una herramienta de gran utilidad para el estudio de procesos relacionales de las personas. Cabe mencionar que para todo análisis de contenido deben establecerse con claridad los datos que se utilizarán, de qué manera se definen y de qué población han sido extraídos, al mismo tiempo, debe hacerse explícito el contexto al que pertenecen (véase Krippendorff, 1990).

5.2. CARACTERIZACIÓN DEL UNIVERSO DE ESTUDIO

En el proceso de formación profesional, los estudiantes de Enfermería, deben de cumplir tres ciclos: básico, pre-profesional y profesional. De acuerdo a los objetivos planteados para esta investigación, se ha definido como constituyentes del universo de muestras, a aquellos que se encuentran cursando el ciclo pre-profesional, es decir, aquellos que se encuentren cursando el quinto (V) y Séptimo (VII) semestre de la carrera, donde se dictan asignaturas vinculadas a la atención de adultos con problemas crónicos y con la atención de pacientes de alto riesgo y urgencia. En estas disciplinas se concentra una mayor cantidad de información útil para el desarrollo de esta investigación, debido a que son la instancia donde los estudiantes realizan laboratorios de docencia clínica, entrando en contacto directo con los usuarios de los sistemas de salud. El universo de estudio está constituido por estudiantes de la carrera de Enfermería de una Universidad del sur de Chile, quienes, al cabo de cinco años de estudios, estarán capacitados para asumir responsabilidades en relación con la promoción, mantención y recuperación de la salud de individuos, familias y comunidades, habiendo desarrollado, durante ese período deberán aprender habilidades para interactuar con otros; dirigir, organizar y supervisar equipos de trabajo y utilizar tecnologías avanzadas en la atención en salud.

Las asignaturas consideradas fundamentales para extraer datos útiles para la investigación, son de carácter teórico-práctico. En ellas se estudian los problemas de salud prevalentes y crónicos del adulto y senescente, con énfasis en los factores de riesgo y en el

rol que le compete al profesional de Enfermería en accidentes de prevención primaria, secundaria, terciaria y frente al enfermo terminal. Desarrollan experiencias de aprendizaje en consultorios, organizaciones comunitarias y servicios clínicos para la aplicación del proceso de atención de Enfermería con enfoque familiar y comunitario, en atención de enfermos crónicos y personas de toda edad con problemas agudos de salud (social, psicológica o biológica).

5.3. DISEÑO MUESTRAL

Debido al enfoque cualitativo de la investigación, la muestra fue definida por la situación de investigación, es decir, es de carácter intencionado. Se utilizó la estrategia de muestreo de casos extremos (Flick, 2004), entrevistando inicialmente al informante que poseía el promedio más alto de calificaciones y al informante que había obtenido el promedio más bajo de la asignatura teórico-práctica del semestre anterior, previa aceptación y firma de consentimiento informado por parte del participante. Se decidió este tipo de muestreo, considerando que las calificaciones en esos cursos tuvo una dispersión baja, vale decir, la diferencia entre la nota más alta y la nota más baja no es mayor a dos puntos.

Se comenzó por una muestra constituida por dos informantes por secciones paralelas de alumnos, aumentando gradualmente la muestra hasta lograr un punto de saturación de los datos, que fue advertido según los parámetros de Taylor & Bogdan (1998), es decir, cuando la realización de nuevas entrevistas no arrojó variantes que proporcionaran nuevos elementos de interés para la comprensión de este fenómeno social. Esto sucedió al cabo de la décima entrevista, logrando hasta entonces un total de seis informantes cuyas calificaciones figuraban como las más altas y cuatro entre las más bajas.

5.4. DESCRIPCIÓN DE LAS TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se realizaron entrevistas semiestructuradas (ver definición en el siguiente apartado), con cada informante en forma individual. Estas tuvieron lugar en el Hospital Clínico, lugar donde habían realizado las experiencias de aprendizaje, con el propósito de aportar al entrevistado, el contexto físico donde transcurrieron los acontecimientos de los cuales se les solicitará entregar información. La fecha y hora de cada entrevista fue acordada previamente con el informante.

Para cada informante se llevaron a cabo dos entrevistas de aproximada mente cuarenta y cinco minutos. En la primera se realizó la lectura y firma del consentimiento informado, donde se le advertía al citado tanto las condiciones de la entrevista (carácter privado, en libre consentimiento y publicación anónima de los resultados), como los objetivos de la investigación, antes de ahondar en la temática de la reunión que finalizó con la solicitud por parte del entrevistador, de que el estudiante realizase un bosquejo (método

biográfico, explicado más adelante) de una situación que se le planteaba. Durante la segunda reunión, el informante debió explicar el contenido y significado del gráfico realizado. Ambas entrevistas fueron grabadas, previo consentimiento del informante.

5.4.1 Entrevista semiestructurada

Una de las fuentes de información más importantes del estudio de análisis de contenido es la entrevista. Mediante la entrevista, individuos claves para la investigación pueden aportar datos y opiniones sobre el fenómeno de estudio. Según Yin, 1994 (citado por Zapata, 2002) el entrevistado es un informante, y además de proveer aspectos relevantes, sugiere fuentes adicionales que puedan corroborar la evidencia.

Se entenderá por entrevista semiestructurada aquella que contiene temas pre-determinados relacionados con el tema de interés. Los temas tienen respuestas “abiertas”, y pueden ser expandidas a discreción del entrevistador. Combina la flexibilidad de una entrevista abierta o en profundidad, con la direccionalidad y agenda de una encuesta estructurada (Flick, 2004).

Según Taylor y Bogdan (1998) las preguntas están dirigidas hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situación, tal como las expresan con sus propias palabras, vale decir, construir una situación que asemeje a aquellas que las personas hablan naturalmente entre sí, cosas importante, para lo cual previamente se debe haber creado un clima en el cual las personas se sientan cómodas para hablar libremente sobre sí mismas.

En las entrevistas que se desarrollaron para esta investigación, a cada informante le fueron entregadas nueve tarjetas con los temas a tratar durante la entrevista (ver anexo N° 2), a las que cada uno les dio el orden según consideraba pertinente que fuesen tratados. Mientras dialogaba sobre los temas, el entrevistador formulaba preguntas generales, a fin de mantener una *guía de entrevista* que le asegurarse que los temas claves fueran tratados (véase Taylor & Bogdan, 1998).

Fueron utilizadas preguntas abiertas de tipo descriptivas, mediante las que se solicitó a los estudiantes que entregasen características, enumerando o bosquejando acontecimientos, experiencias, lugares o personas de sus vidas. Cuando los informantes mencionaban experiencias específicas, se pudo indagar mayores detalles. También se tomaron notas de temas, para volver a ellos ulteriormente (véase Taylor & Bogdan, 1998).

5.4.2. Método biográfico

En primera instancia, fue pensado ampliar las posibilidades de análisis mediante la incorporación de técnicas correspondientes al método biográfico (véase Sautu, 1999), lo que fue descartado con posterioridad debido al acopio de un gran volumen de datos mediante las entrevistas semiestructuradas y la imposibilidad de extender el estudio más allá de lo considerado por la asignatura en que se desarrolla esta Tesis.

5.4.3. Notas de campo

Las notas de campo se definen como un registro del investigador, referido no sólo a la información proporcionada por las personas estudiadas, sino que permiten un registro del investigador: comentarios e interpretaciones provisionarias acerca de gestos, silencios u otras expresiones de los informantes (véase Briones, 2003).

Para este estudio, las notas de campo se tomaron durante todos los contactos con los informantes. Fueron de gran utilidad en el momento de realizar el análisis de datos, ya que contienen una gran cantidad de información percibida in situ por los investigadores, complementando el sentido de lo expresado por los entrevistados.

5.5. SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS

Todos los investigadores desarrollan sus propias formas de analizar los datos cualitativos. En este apartado, siguiendo lo expuesto por Taylor y Bogdan (1998), será descrito el enfoque básico que se utilizó para dar sentido a los datos descriptivos obtenidos mediante métodos de investigación cualitativa. El enfoque se orienta hacia el desarrollo de una comprensión profunda del proceso relacional que realizan los informantes. Este análisis es un proceso dinámico y creativo.

Taylor y Bogdan (1998) plantean que el análisis de datos implica ciertas etapas diferenciadas:

a. Fase de descubrimiento: Para comenzar, las entrevistas son transcritas textualmente, para luego ser analizadas sistematizándolas a través de la herramienta computacional ATLAS.ti 5.0. En esta etapa fueron extraídos los temas a través de la examinación los datos desde la mayor cantidad de formas posibles, por ejemplo:

- Leer repetidamente los datos

- Registrar toda idea importante que se tenga durante la lectura y reflexión de los datos.
- Buscar los temas emergentes
- Elaborar tipologías que pueden ser ayudas útiles para identificar y desarrollar temas
- Desarrollar conceptos y proposiciones, se pasa de la descripción a la interpretación
- Leer material bibliográfico
- Desarrollar una guía de la historia, es útil para orientar el análisis

El desarrollo de conceptos es un proceso intuitivo. Para tal, existe un proceso: primero, se debe buscar palabras y frases del propio vocablo de los informantes que capten el sentido de lo que ellos dicen o hacen, a los conceptos de los informantes son denominados conceptos concretos. Segundo, cuando se descubra un tema en los datos, se debe comparar con los enunciados y acciones entre sí para ver si existe un concepto que los unifique. Por último, a medida que se identifican temas diferentes, se deben localizar las semejanzas subyacentes que puedan existir entre ellos. Cuando es posible relacionar los temas de esta manera, es necesario buscar una palabra o frase que transmita la similitud.

b. Fase de codificación de datos: Es un modo sistemático de desarrollar y refinar las interpretaciones de los datos. El proceso de codificación incluye la reunión y análisis de todos los datos que se refieren a temas, ideas, conceptos, diseños gráficos, interpretaciones y proposiciones expresados por el informante (Taylor & Bogdan, 1998). Se redactó una lista de todo lo surgido durante el análisis inicial, a continuación con la codificación de las notas de campo y las transcripciones. De esta manera ocurría paulatinamente el refinamiento de los datos: adición, supresión, expansión y redefinición de las categorías. Tras identificar los temas todavía codificados se reunieron los datos pertenecientes a cada categoría. Cuando hubo datos remanentes, fueron ajustados, en su mayoría, a las categorías codificadas existentes. Ningún estudio utiliza todos los datos recogidos, y este no fue la excepción.

c. Fase de relativización de los datos: La fase final del análisis cualitativo consistió en interpretar los datos en función del contexto en que fueron recogidos. Todos los datos obtenidos son potencialmente valiosos si se logra evaluar su credibilidad (véase Taylor & Bogdan, 1998).

5.6. EL RIGOR ÉTICO EN LA INVESTIGACIÓN

La principal responsabilidad de los investigadores hacia los sujetos que conforman, es tener claros los objetivos del estudio y utilizar un diseño apropiado que permita responder a las interrogantes científicas que motivan la investigación. Es absolutamente carente de ética solicitar a un individuo que participe en una investigación diseñada deficientemente, y cuyos resultados no van a aportar nuevos elementos al conocimiento científico y por ende al bien de la sociedad. Se relaciona directamente con este aspecto, la experiencia y la formación académica de los investigadores y la tutoría docente. Por otro

lado, es necesario considerar que los participantes, aunque les sea solicitado el acuerdo de participación, dependen de la información que se les brinda, para conocer si la investigación en la que se involucran ha sido bien diseñada y si el investigador es lo suficientemente competente para realizarla. En todos los casos, prácticamente sin excepciones, es el propio investigador es quien tiene el deber de brindar esta información a los individuos (véase Fernandez, Llanes & Llanes, 2004).

Dentro del rol que les compete, los investigadores no deben alejarse del criterio, la creatividad y la honradez entre los participantes, la ciencia, la técnica y la cultura mediática; en la persona y el investigador; en el hombre y el informador, adoptando el mismo espíritu de Sócrates cuando afirmaba: “No debemos preocuparnos por lo que diga la mayoría, sino de lo que diga el que entiende sobre las cosas justas e injustas, aunque sea uno solo, y de lo que la verdad misma diga” (Tomás, 2003).

Como autores de este estudio, nos responsabilizamos de resguardar la identidad de los informantes y de todo lo que pudo involucrar a terceros o a lugares o situaciones fácilmente deducibles. Para ello fue confeccionada una carta de consentimiento donde se informa en detalle los aspectos generales que se abordaran en la investigación, contiene la información suficiente, expuesta de manera comprensible y oportuna, y que fue analizada entre ambas partes, y solo tras la aprobación del entrevistado, se continuó con la obtención de datos (Ver anexo N° 3).

Dentro de las dimensiones de la relación interpersonal investigador-entrevistado es fundamental mantener mutua confianza. Del mismo modo, es indispensable cautelar y no lesionar al sujeto de cuidado y/o familiares en su prestigio, bienestar y dignidad personal. Para este fin, la identidad de los sujetos se mantiene en anonimato, y durante la transcripción de las entrevistas, se procuró omitir elementos que pudieran revelar sus identidades.

Considerando lo anterior, se reconoce autonomía, entendida como el derecho a tomar decisiones libres y racionales; se respeta este principio al entregar una información completa y oportuna, a la vez que se enfatiza su derecho a disponer de plena libertad para rechazar su participación en el estudio, así como interrumpirla en el momento que los informantes pueden estimarlo conveniente.

Cabe destacar que el nombre de la universidad en la cual se realizó este estudio se ha mantenido incógnito, con la finalidad resguardar la identidad de los informantes, de situaciones y de la unidad académica a la que están adscritos.

6. RESULTADOS

Los marcos hermenéuticos³ fueron codificados y organizados en cuatro categorías que emergieron de su análisis.

Nota: En adelante, los enunciados de cada informante se distinguirán por medio de la letra C y el número que le corresponda.

Proceso de aprendizaje vinculado al conocimiento sobre patología (Anexo N°4)

A fin de lograr un proceso de aprendizaje efectivo, Bermeoslo (2005) plantea que “la persona debe asumir internamente un rol más activo en su aprender”, es decir, el individuo se compromete en tener interés personal de superación. Si el estudiante de Enfermería no tiene motivación para aprender, nadie podrá realizar por él este proceso.

El futuro profesional de Enfermería tiene en esta etapa la posibilidad, para: aprender, practicar, conocer y equivocarse, ya que es este momento en que se está preparando para que en el futuro pueda ejercer como un/a enfermero/a y realizar su trabajo correctamente, sin derecho a errores y/o desconocimientos de sus labores.

C8: “Es que yo de repente pienso que es ahora donde yo puedo estudiar todas las cosas, porque después cuando uno es enfermero uno no se puede dar el lujo de que eso jamás en la vida lo vi, entonces, uno no puede decir no sé, ?Uno ahora todavía puede! (alza la voz y golpea la mesa al mismo tiempo)...”

C2: “...siempre me ha gustado indagar en cosas que no sé...”

Este aprendizaje se ve influenciado día a día por distintos elementos, tales como: la comunicación, la complejidad, la obligación, la patología y la historia del paciente, sin exceptuar la influencia docente que puede existir. A continuación se presentan las relaciones más directas que se crean entre el aprendizaje y diversos factores.

³ Los registros completos de las entrevistas se mantienen en poder de los autores, tomando de ellos sólo las citas necesarias para ilustrar los resultados pertinentes a los objetivos de esta investigación.

Al momento de realizar el primer acercamiento con el sujeto de cuidados, el estudiante de Enfermería se encuentra en la necesidad de entablar una comunicación con éste, la cual ha de ser enriquecedora para el estudiante y entendible para el paciente, todo esto en pos de lograr comprender y aprender de mejor manera lo relacionado con la patología que presenta el paciente, los factores desencadenante de ésta, y las respuestas que su condición humana genera ante los problemas de salud.

C5: "...me gusta hablarles, entonces como que trato de investigar de su vida, vamos conversando y solitas van saliendo cosas..."

C7: "...escogí a la señora que escogí porque, bueno, me di cuenta que ella hablaba y era más fácil para mí establecer un dialogo con ella..."

C8: "Yo creo que de repente lo que me favorece un poco más, es que yo les hablo en su idioma."

De acuerdo a lo anterior, es posible observar que los estudiantes experimentan una preferencia por los sujetos de atención que tienen mayor facilidad para comunicarse oralmente, y por quienes tienen una historia de vida que consideran interesante y llamativa al momento de la valoración, en términos de lo que puede ser beneficioso en su proceso de aprendizaje.

C8: "Mmmm ¿Puede ser por la vista?, cuando uno ve a alguien le parece más tiernito que otro, ¿Te fijas?, por eso sería, o de repente conversar con cada uno y la historia que me parezca más interesante, la historia quizás de vida o apreciación psicológica que me parezca un poco más interesante..."

C8: "...hay personas que tienen la tremenda historia de vida y que uno siente como una conexión de buena onda con esas personas, entonces uno igual trata de trabajar con ellos..."

Para crear un plan de atención de acuerdo a las necesidades de cada paciente, se debe realizar una valoración previa, siendo una de las mejores herramientas útiles en el cuidado la comunicación terapéutica, debido a que permite obtener información de primera fuente, y pueden valorar con mayor precisión los estados de necesidad biológico, psicológicos y sociales, profundizando en los dos últimos. Por esto que aparece el elemento "comunicación" como un factor preponderante en la toma de decisiones y, explícitamente, en el proceso de aprendizaje individual.

C1: "...soy una persona que conversa harto, pero también pregunto harto (sonríe), que me cuenten de cómo han andado, cómo han dormido, como han

estado, todas esas cosas que uno hace de su valoración antes de una atención.”

De la misma forma, se aprecia que el estudiante de Enfermería tiene cierta inclinación por aquellos pacientes que se encuentran lúcidos y que tengan sus condiciones mentales dentro de la normalidad, por el hecho de resultar más fácil entablar un diálogo de ese modo, y por ende aprender un poco más de la enfermedad que lo aqueja, y conocer sobre su historia de vida. Esta condición mental muchas veces se ve influida por la patología que presenta el paciente, ya que dependiendo de la complejidad de ésta puede modificar la condición mental. Entonces, aparece el elemento ‘patología’ asociado al de “comunicación” y, por lo tanto, al proceso de aprendizaje.

C5: “Prefiero una orientada, que una desorientada.”

C5: “...no me gustan tanto por ejemplo los típicos borrachitos, que empiezan con sus convulsiones y no entienden nada de lo que unos les habla [...] Y en el fondo no puedes trabajar mucho con ellos, porque siempre están como en otra [onda]...”

C6: “...los pacientes inconscientes, ahí yo no puedo entrar mucho, a pesar de que puedo hablar con los familiares y todo eso, pero con él en sí no puedo...”

C7: “... si ella hubiera estado así perdida [...] no habla, a mí se me hubiera hecho súper difícil...”

C10: “...yo creo que me voy a ir por el adulto, porque con adulto mayor cuesta más la comunicación, hay que repetir muchas veces, ya hay un poco más de demencia senil entonces no captan bien las ideas y yo creo que eso es lo que más me dificulta...”

Dentro del proceso de aprendizaje aparece una evidente asociación entre complejidad y patología, la que podría estar explicada por el hecho de que los estudiantes al momento de escoger un sujeto para dar atención, prefieren tratar una patología de mayor complejidad, debido a que esto contribuye a mejorar su aprendizaje, es decir, con un paciente con patología más compleja “tengo la oportunidad de aprender más”; también es observable que los estudiantes a ocasionalmente prefieren pacientes con patologías conocidas que permitirían reforzar lo que han aprendido y entregar una atención de mejor calidad, conociendo el procedimiento, la patología representa para el estudiante un terreno seguro donde pisar.

C8: “Siempre me voy por el más complicado.”

C2: “La patología que tal vez sea más compleja, donde pueda aprender más...”

C7: “Yo escogería al que tuviera patologías que yo maneje, que yo sepa de que les voy a hablar, qué les voy a preguntar, cosas que ya he desarrollado...”

C5: “...que sea una patología quizás que a mí guste, que yo maneje... o que yo por lo menos haya escuchado, porque si es algo muy raro no me va a tincar ese paciente, ya con el nombre me ha complicar.”

C9: “...iría a atender a un paciente que tenga algo que yo sé, una patología que yo conozca...”

C4: “... que sea una patología en la que yo pueda aprender, que sea compleja...”

C10: “...sinceramente al que no esté tan complejo, y al que se vea mejor...”

Como se ha mencionado, el estudiante tiene cierta inclinación al momento de escoger paciente, dependiendo de la patología que posea y la complejidad en que esta se presente. Algunos muestran preferencia por pacientes con patología conocida por ellos y que al mismo tiempo sean complejas, donde puedan sentir seguridad al momento de realizar la atención y puedan aprender. El ser una patología de mayor complejidad, requiere una hospitalización más prolongada, dando la oportunidad a los estudiantes de crear planes de atención a mayor plazo, resultando gratificante por la posibilidad de realizar un seguimiento del paciente.

C3: “...tenía una patología media extraña (sonríe), entonces dije, mmm interesante, y por eso la escogí, era un nombre medio extraño...”

C6: “...que sea que yo maneje y mucho si el paciente esta bien, esta complicado, porque ahí tengo más cosas en el fondo que hacer...”

C4: “...patologías que estén como más tiempo en el hospital.”

C7: “...un día tenía todo listo, al otro día volvía con mi planificación hecha, y lo habían dado de alta, entonces, es como ese el sentimiento que tengo, el conocerlo bien, tener la sensación que ese paciente se va de alta y no haberle hecho la atención completa, como que eso no me deja satisfecha...”

El aprendizaje del estudiante dentro del laboratorio clínico está mediado por los docentes guías, teniendo la misión, tal como el nombre lo indica, de guiar a los estudiantes durante sus experiencias clínicas, donde aprenderán lo que no se puede vivenciar en una

sala de clases y sólo tiene lugar en el hospital. En muchas de las ocasiones es el docente quien designa el paciente que le corresponde a cada estudiante, ya que dentro de los objetivos del curso hay ciertos propósitos pedagógicos que se deben conseguir y cumplir. Es por este motivo, muchas veces los estudiantes no poseen la libertad de escoger al paciente con el que desearían trabajar, pero sí tienen libertad de escoger a partir de una gama de pacientes designados entregada por el docente. Esta selección se realiza de acuerdo a la patología y complejidad que presente cada uno de los sujetos de cuidado. Ocasionalmente, la decisión tanto de docentes como de los estudiantes es tomada dependiendo si el paciente ha sido atendido anteriormente por otro estudiante, considerando que pueden encontrarse agotados por tener que participar, a veces un sin número de ocasiones, en el proceso de aprendizaje distintos estudiantes que los someten a las mismas preguntas o bajo el temor de estar expuestos a ser examinados reiteradamente.

C7: “Tuvimos que escoger de cuatro, no de tres en realidad porque la sala estaba llena pero la profe dijo que a dos no las tomáramos, teníamos que escoger entre las tres que ella había designado, o sea la profe nos designó, nos dijo tienen que escoger entre esas tres, pero ustedes ven ahí a cuál atienden el que ustedes quieran, pero ellas tres no más.”

C10: “...que no lo haya tomado el grupo anterior, eso ero lo ideal.”

C7: “...la disposición de los pacientes que de repente ¡No, el alumno no!, no quiero que me atienda el alumno, ¡Que no sabe nada!”

Los estudiantes hacen referencia a características deontológicas con las cuales se identificarían. Por ejemplo, aparece en el discurso la premisa de nunca excluir a un paciente al momento de brindarle atención. Advierten que una vez sean profesionales, tendrán como deber atender a todos los sujetos a su cuidado. Se observa, de esta manera, una importante carga valórica, ética y moral personal, entregada por el entrevistado a el ejercicio de la enfermería, elementos racionales que podrían interferir en el discurso, sobre todo en fases iniciales.

C8: “...uno cuando sea enfermero no va a poder elegir, no le va a poder decir a la colega, oye toma este porque no me gusta...”

C9: “...yo solita fui a buscarlo y después le avisé cuando tenía mi paciente listo...”

C6: “...la labor de la Enfermería es súper importante en el ámbito de la salud, súper importante...”

C8: “...que uno debe trabajar con lo que venga, que uno para ser buen enfermero debe aprender de todo y tiene que haber hecho todo, para después supervisar todo lo que otra gente va hacer por ti...”

C9: *“...atender a un paciente como un ente biopsicosocial, entonces igual dentro de mis proyecciones incluyo lo de tratar de mantenerme como he sido hasta ahora de valorarlo y preocuparse de lo emocional y lo social.”*

Cualidades del sujeto de cuidado (Anexo N°5)

Aparecen cualidades determinantes como el estado de ánimo del paciente. Se aprecia una predilección por los alegres y por quienes muestran disposición por colaborar en su aprendizaje. El estudiante de Enfermería percibe el desgano y desánimo que tienen los pacientes dentro del hospital, lo cual muchas veces radica en la irritabilidad por parte de algunos y agresiones verbales por parte de otros, lo que contribuye a que el estudiante se aleje o reprima un acercamiento mayor con los pacientes.

C1: *“...a veces ellos están aburridos de estar mirando para el techo todo el día y que nadie les diga nada...”*

C3: *“Es que hay paciente que son así como..., ahí viene la señorita y como que al tiro muestran simpatía.”*

C7: *“...tuve mala experiencia fue un día que me dieron un paciente que tenía que hacerle una visita y estaba súper irritado, enojado.”*

C9: *“...hay pacientes como enojones, como que no quieren que los toque.”*

C6: *“...bueno influye la parte de cómo esté el paciente en eso de cómo se siente...”*

C7: *“...de repente los pacientes se sienten mal y no quieren hablar, porque les duele mucho la cabeza, o que se yo, entonces igual es importante que ellos se sientan bien al momento de trabajar con ellos, y si se siente mal no se puede trabajar en otras cosas para tratar de ayudarlo...”*

C7: *“...lo que me ha dificultado, ha sido el estado de ánimo del paciente, de repente despertarlo, de que quería seguir durmiendo, y/o que está de mal humor, de repente está irritable, o los pacientes que no hablan”*

C6: *“...el paciente está cerrado en su mundo, quizás tu puedas tener muy bue... muchas buenas intenciones de tratar de ayudarlo, pero no es mucho lo que se puede hacer ahí.”*

Por otra parte, para los estudiantes, al momento de elegir atender a un paciente, no pareciera existir preferencia referente al sexo, aunque podría existir una mayor inclinación

a brindar atención a pacientes del mismo sexo, sobre todo cuando se trata de estudiantes de sexo femenino, quienes admiten trabajar con mayor facilidad en tal caso.

C2: "...que sea hombre o mujer me da lo mismo."

C3: "...me cuesta menos entablar una conversación con una mujer que con un hombre."

C5: "...prefiero que sea una mujer, por el hecho de que es más fácil que yo sea mujer relacionarme con ella."

En ocasiones son los pacientes quienes expresan sus preferencias respecto a por quienes les gustaría ser atendidos. En el caso de los hombres, estos prefieren relacionarse con estudiantes de su mismo sexo, mientras que las mujeres elegirían ser atendidas, también por hombres.

C8: "...cuando había que hacerle examen físico, yo tenía que salir de la sala, él me pedía que por favor yo no estuviera..."

C1: "...soy un hombre dentro de puras mujeres, a los pacientes les llama la atención eso, igual te facilita las cosas..."

Los estudiantes expresan que en ocasiones la relación que se establece con el sujeto se ve dificultada por el tipo de comunicación que se entabla, ya que ellos pueden no tener ganas de conversar, o simplemente se muestran indiferentes ante su presencia, lo que puede impedir la realización normal de actividades de atención. Esto también puede ocurrir debido a algunos impedimentos del paciente para comunicarse. Se refuerza nuevamente la asociación del elemento "comunicación" con el proceso de selección.

C7: "...los pacientes que no hablan, eso igual es súper desagradable porque uno no sabe cómo..."

C7: "...el no quería hablar, no sé, yo le preguntaba ¿está bonito el día?, el me decía "sí". Sí se lo preguntaba de nuevo. Me decía "no". Entonces no me tomaba en serio."

C7: "...si me encuentro con un paciente que ya no quiere hablar no sé, he ido dos veces a acercarme donde él y no me quiere hablar, lo dejo nomas."

Otro aspecto importante es que los estudiantes entrevistados no parecen experimentar una inclinación marcada hacia pacientes de una edad en particular. Si bien

cada uno manifiesta sus preferencias, en un balance general, la edad no aparece como una variable determinante en la elección. Esto puede deberse a que durante su desarrollo profesional están en contacto con personas de diversos grupos etarios, por que la edad no representaría un grado mayor de complejidad ni una oportunidad de aprender algo que desconozcan. La predilección personal puede obedecer a asociaciones mentales con personas conocidas durante su experiencia, o bien, con situaciones individuales o familiares, favorables o adversas.

C10: "...si puedo escoger entre un adulto y un adulto mayor, yo creo que me voy a ir por el adulto, porque cuesta más la comunicación..."

C2: "...lo que dificulta mi relación es la edad, los adultos mayores por ejemplo, no así con los niños."

C2: "...para mi es más cómodo adulto mayor..."

C4: "Los ancianos, los adultos como eso, los niños igual me gustan..."

C7: "...tengo una especial atracción por los adultos mayores, me encantan..."

En otro plano, los pacientes parecieran participar de manera solidaria con el proceso de aprendizaje estudiantil dentro de su hospitalización, dando acceso a antecedentes privados, que otorgan al estudiante posibilidades es estructurar una historia clínica completa, y al mismo tiempo cimentar su edificación cognitiva en la confianza y la seguridad que brinda la acogida del sujeto de atención, generándose un ambiente mutuamente favorecedor. Puede describirse entonces el elemento "acogida" como un factor asociado a concentrar más cuidados en sujetos que el estudiante tipifica como "acogedores".

C9: "...llegas como un pollito y los pacientes te empiezan a preguntar, señorita qué pasó con este examen, señorita con esto, con lo otro..."

C5: "...Del paciente, yo creo que en general todos tienen como confianza con nosotros los estudiantes, porque donde ven que le podemos dedicar tiempo, se siente como más en confianza con nosotros"

Otro aspecto posible de apreciar, consiste en que los estudiantes no presentan dificultades al momento de trabajar con pacientes que presenten un estado higiénico deficitario. El atender a estos pacientes, ocasiona en los estudiantes mayor voluntad para atenderlos y brindarles un servicio que además cubra las necesidades de higiene insatisfecha.

C3: *“No me importa la hediondez”*

C4: *“...a mí no me importa lo de los pañales y menos lo de la pediculosis...”*

C9: *“...si está hediondo, lo lavo (sonríe)...”*

Aparentemente la visita que reciben los pacientes por parte de sus familiares, es vista por los estudiantes como un obstáculo en la relación que se establece con el paciente, quien prefiere la compañía del visitante y durante su estadía, presta menor atención al estudiante en práctica, situación que generaría en él, sentimientos de frustración. La visita aparece como una interrupción en la relación que se ha formado con el sujeto de cuidado, debiendo postergar el plan de atención que el estudiante había planificado para el día. Esto remite a la idea de primacía de las necesidades y expectativas que el estudiante tiene por sobre las del sujeto que se cuida, desde la óptica estudiantil. El estudiante tiene un ‘querer hacer’ que considera inhibido por la presencia de los familiares, o por la preferencia natural del sujeto hacia ellos. Aparece la imagen de coalición, en el proceso terapéutico (y de aprendizaje) que es “interrumpido” por la visita familiar, al mismo tiempo que el contacto familiar que es interrumpido por la presencia extraña de un estudiante.

Podría hablarse entonces de la posibilidad de que un estudiante sienta una atracción especial por aquellas personas que no reciben visitas de sus familiares, dicho paciente cubrirá de mejor manera las necesidades de aprendizaje en el alumno, lo que generaría satisfacción emocional como parte de la construcción de su identidad profesional.

C1: *“...querían estar con sus familiares y uno estaba ahí como interrumpiendo y eso dificulta un poco, por lo menos aquí era como a las 11:30, uno no podía hacer nada más porque llegan los familiares y están con el paciente y uno como que tiene que hacer otras cosas y como que se ve cortado un poco, todo lo que uno planifica para su mañana o las cosas que quiere hacer, como que hay que tratar de arreglárselas y de alguna forma tratar de hacerla antes de las 11:30 a.m...”*

C9: *“...querían estar con sus familiares y uno estaba ahí como interrumpiendo.”*

Cualidades del estudiante (Anexo N°6)

El estudiante de Enfermería, como cada persona, posee características en su forma de ser, las que deberían concordar con las de empatía y carisma. Estas cualidades de su personalidad se asocian fuertemente con la relación o vínculo que logra establecer con el paciente, ya que propende o bloquea la comunicación terapéutica y la confianza para acceder a la historia personal.

La personalidad moldeada desde la niñez, es el resultado de un proceso evolutivo tanto sentimental como emocional de cada individuo (véase Almanza 2002). Los estudiantes pueden ser capaces de utilizar la suya como una herramienta que les facilite relacionarse con los sujetos de atención, convirtiéndose de este modo a sí mismos en instrumentos terapéuticos, que pueden desenvolverse mejor si se valen del potencial que les aporta su personalidad. Esto también puede asociarse con la confianza que logran desarrollar al minuto de poner en práctica las técnicas específicas para el cuidado.

En este punto, aparece en el discurso de los informantes el elemento “escucha” como factor que orienta la selección de los estudiantes hacia aquellos pacientes que están dispuestos a contar su historia de vida, quedando excluidos quienes son más introspectivos, silenciosos o indiferentes.

C5: “...yo creo que establezco buena relación con los pacientes, aunque es poquito el tiempo que estamos, crear lazos con ellos, no sé si es por habilidades personales que soy buena para conversar con ellos, hablar...”

C6: “...quizás me ayuda mucho la personalidad que tengo y en cuanto a lo sociable que puedo llegar a ser con las personas...”

C7: “...soy muy cariñosa, súper carismática, los pacientes perciben eso...”

C1: “...soy una persona que conversa mucho, pero también...”

C3: “...me gusta escuchar a la gente, me gusta escuchar lo que quieren decir, sus problemas...”

C4: “...no soy como muy avasalladora, no soy pesada con el paciente, es como? Permiso, puedo...”

C8: “...a nosotros, nos toman mucho en cuenta [las enfermeras], así como ‘tienen exámenes, tomen’, y nos dejan solos y antes jamás en la vida, entonces ahora uno se cree más el cuento de que ya soy casi una enfermera...”

C8: “...uno siente que, a medida que uno va creciendo con la gente del personal, digamos así, eh, como que a uno la van tomando más en cuenta.”

En algunos casos, es posible intuir que aquellas personalidades cercanas a la timidez, constituyen una barrera entre el estudiante y el paciente, transformándose en un obstáculo permanente de la relación. Esta característica de retraimiento o timidez parece presentarse con mayor claridad durante las primeras experiencias, acompañada de elementos de ansiedad por desempeñarse correctamente. Lo normal es que con el pasar del tiempo y la adquisición de la práctica, las actitudes retraídas sean modificadas, y el

estudiante logre amoldarse a las circunstancias, a fin de adquirir las competencias que se le desean inculcar en por medio de la etapa clínica profesional, relativa a la formación de relaciones con los pacientes. Seguramente la ansiedad experimentada durante los primeros días se relaciona con las expectativas que los otros (sujeto de cuidados, personal sanitario, docentes, familiares) han puesto sobre el estudiante, la propia autoevaluación del desempeño, y el poner a prueba la vocación.

C1: “Mi personalidad a veces dificulta mi relación con los pacientes...”

C3: “...me cuesta establecer relación con los pacientes en algunos casos.”

C1: “...pero uno es el que se pone las barreras sólo, eso yo encuentro.”

C4: “...sí, ha sido medio complicado, porque yo soy como súper sensible...”

C3: “...a mí en general me cuesta entablar relaciones con cualquier persona.”

C9: “...estaba muy nerviosa, entonces era como que había una barrera entre el paciente...”

C8: “...de repente me apuro mucho por saber todo y empiezo a preguntar cosas que debería esperar un poco más en preguntar.”

En el discurso aparece una clara preocupación por parte de los alumnos debida a la falta de preparación que poseen al momento de llegar a la práctica clínica, donde deben brindar atención a pacientes reales. Sin embargo, esta situación forma parte de su iniciación. La falta de preparación, o en ocasiones, la falta de interés manifestada por los alumnos para aprender mecanismos que simplificasen su paso por la práctica clínica, se ve reflejado en la poca seguridad que manifiestan al momento de ejecutar técnicas o abordaje en algún paciente con patologías poco conocidas por ellos. Se comprende que la falta de práctica es un factor prioritario, debido a que durante los primeros años de formación reciben un bagaje netamente teórico.

C9: “...estaba muy nerviosa, entonces era como que había una barrera entre el paciente...”

C8: “...de repente me apuro mucho por saber todo y empiezo a preguntar cosas que debería esperar un poco más”

El primer encuentro que el alumno vivencia con pacientes, resulta un tanto apresurado y sin la preparación correspondiente para enfrentar esta realidad en la salud. Estos antecedentes pueden dar luces sobre actos del estudiante que le harían privilegiar

sujetos cuya personalidad (juzgada en base al aspecto) les permita sentirse cómodos en su proceso de iniciación, en base a la bondad, la generosidad y la aceptación del novato.

Ante la falta de experiencia al momento de ingresar a las prácticas clínicas, los estudiantes intentan trabajar con personas que padezcan patologías conocidas por ellos y que al mismo tiempo tengan un bajo grado de complejidad.

C14: "...al principio un poco de miedo, porque... es el primer contacto que uno tiene con el paciente, este año, que hace cosas más invasivas que conversar, de repente igual falta un poco de preparación, entonces igual la pone un poco nerviosa..."

C14: "...la primera vez que fui a tomar muestras [de sangre] no me resultó, pero no me puse a llorar ni nada por estilo, como que no me sentí pucha 'no sirvo para esto', pero me han mandado a estudiar para la biblioteca (ríe)."

C10: "...la poca experiencia que tengo, de repente el manejar..., técnica que son simple de repente, pero igual te ponen nerviosa entonces eso igual el paciente igual lo percibe."

C8: "...lo que facilita, puede ser que como nos vean jóvenes e inexpertos se abran más con nosotros, porque los pacientes están súper miedosos a decir lo que piensan y a preguntar por lo que tienen, entonces, como nos ven jovencitos, nos preguntan a nosotros, como si supiéramos todo, pero en realidad no sabemos, casi nada [...] yo encuentro que lo que más facilita es que somos como más cercanos a las personas, el hecho de que no conozcamos tanto, es como que nos ponemos más en el lugar de los pacientes..."

C1: "...escogía paciente que no estuvieran tan complicados, porque no me sentía seguro a lo mejor de desempeñar una atención buena a ese paciente, a lo mejor no me sentía con los conocimientos necesarios para atenderlo..."

Emociones (Anexo N°7)

Dentro de las características que poseen los estudiantes no deben ser dejadas de lado las emociones y los sentimientos que complementan los aspectos racionales, donde tradicionalmente se ha centrado la atención. Las emociones se presentan como factores subjetivos e individuales intangibles e imposible de dimensionar, pero que pese a ello, pueden repercutir fuertemente en las conductas de las personas, actuando tanto a nivel anímico como fisiológico, produciendo taquicardias, sudoración, entre otras respuestas posibles.

Los estudiantes de Enfermería se enfrentan a diario a emociones y sentimientos que surgen a partir del acto de cuidar, y no siempre resultan favorecedores en la relación con el sujeto de atención. De acuerdo a lo relatado por los entrevistados, los estudiantes intentan apartar estos aspectos para evitar que el paciente los malinterprete o que afloren en circunstancias inoportunas.

C7: "...andan enojados o la alumna anda enojada..."

C7: "...si llega alegre, con una sonrisa, dispuesto, preguntando al paciente ¿Cómo está?, ¿Cómo se siente? Ayudándolo en todo lo que cree y poniéndole atención."

C4: "... soy como súper sensible."

C7: "...lavar a una persona, cambiarle los pañales, que sé yo, todas esas cosas, es como que me pongo bien fría así, hay que hacerlo relajado sin tanto dejarme llevar por las emociones que finalmente le juegan en contra."

Los estudiantes tienen diferentes criterios para escoger al paciente al que desean brindar atención. Esta elección, está determinada principalmente por lo que siente el estudiante, debido a que en cada uno se manifiesta mayor afinidad por ciertas características de los sujetos de cuidado: edad, sexo, patología, etc..

Queda claro a partir de la información obtenida, que los estudiantes se sienten reconfortados y agradecidos ante las muestras de afecto brindadas por los pacientes, estas actúan como una retribución del esfuerzo y la dedicación prestada para lograr la recuperación del paciente, lo que les satisface a nivel personal y significa una gran ayuda emocional.

C4: "...los niños igual me gustan pero no los niños enfermos, me da más penita todavía..."

C5: "...al final siempre me encariño con ellos, y ellos... y si son niños te retribuyen con dibujitos, con regalitos o la abuelita con el pancito que trajo no se quién, siempre se crea una buena relación, ehhs tanto de persona como de ayuda enfermo."

C6: "...tengo una especial atracción por los adultos mayores, me encantan..."

C7: "...me involucro mucho con el paciente..."

C8: "...de repente hay personas que tienen la tremenda historia de vida y que uno siente como una conexión y como de buena onda con esas personas,

entonces uno igual trata de trabajar con ellos, entonces ahí es donde hay un dilema, que quizás no tienen una patología súper ultra compleja, pero prima lo de que uno siente...”

C8: “...a mí como que me reconforta harto ayudar a la gente [...] yo me siento súper bien cuando el paciente dice gracias señorita, de repente dándole de comer a alguien que no puede comer [...] es súper gratificante y uno se siente bien, como que queda con el corazón llenito. Eso es lo que más encuentro lindo de la carrera.”

C10: “Soy como de corazón de abuelita, yo he sentido al menos el primer mes que me vi un poco afectada emocionalmente por lo que le pasaba al otro, y de repente como que me costaba desconectarme y me iba para la casa con eso...”

Los temores que poseen los estudiantes es otro factor que influye al momento de priorizar la atención a un usuario, ya que muchas veces los estudiantes tienen miedo al error y a la vergüenza. Estos temores vienen obstaculizan iniciar una relación con el paciente.

C3: “...al principio tenía miedo, tenía harto miedo, por los comentarios que se daban de otros años, tenía que... el miedo a equivocarse”

C4: “...cuando son muy dependientes igual me cuesta un poco la mecánica corporal [...] entonces a mí me da miedo de tomarlos mal o que se yo, me esguince algo por tomarlos mal o que se me caigan”

C8: “no serviría para trabajar en psiquiatría, los que tienen esquizofrenia, esos me dan como cosa, pero es una cosa mía, porque yo tengo un tío que tiene depresión bipolar y yo casi ni le hablo [...] es tranca mía”.

Fuera de la categoría de emociones, se encuentran otros factores que, en forma menos evidente, inciden en los afectos.

Dentro de los cuidados que le ofrece el estudiante de Enfermería al paciente, está la preocupación por el estado higiénico, el aseo y confort diario, labor que desempeña sin mayores dificultades y no genera malestar o molestia, tampoco es determinante en la elección del paciente. En este aspecto, las prácticas del estudiante son muy valorables y se suman a otras incomodidades que acarrea el atender a los pacientes hospitalizados. Si bien, el cubrir estas actividades corresponde a un deber, le es de gran agrado poder colaborar por medio de la atención para que los sujetos de cuidado se sientan más cómodos.

C5: *“...uno siempre prefiere que el paciente si está con pañales no se haga justo cuando uno está ahí, pero si se hace no me voy hacer la loca y me voy a cambiar de paciente.”*

C6: *“...del aseo y confort, de esas cosas me preocupo, y que tú veas, en el fondo de que están más necesitados que quizás que otro paciente”*

C6: *“Yo me voy más por la dependencia...”*

C8: *“... si está hediondo lo lavo (se sonríe), [...] los atendería con guantes, [...] de que es desagradable, es desagradable [...] Pero no seria un impedimento, si el olor es solucionable, aparte que claro, sería mi función también que ese olor se vaya, y de que esa persona se, este bien”.*

Cuando el estudiante entrega cuidados, corresponde que este mismo los eduque para así lograr que el paciente comprenda los objetivos de las prácticas y pueda autoproporcionarse los cuidados una vez dado de alta. La labor educacional es un factor considerado por los alumnos, y es motivo de orgullo observar que dicha tarea genera frutos o es correspondido. El verificar los resultados en los pacientes les resulta gratificante y les estimula a seguir efectuando esta labor.

C1: *“... que las eduque les hable y que uno vea frutos de eso.”*

C1: *“...me siento muy conforme con lo que he hecho y también me siento útil[...] como que uno se da cuentan de la labor que hace la carrera y lo que uno está haciendo es un bien para el paciente y es enriquecedor para uno como para el paciente...”*

C9: *“...el hecho de ayudar como que me da más gratificación.”*

C9: *“...agradecen, así como muchas gracias, igual nos han dicho, ?Oh! que son muy amables y cosas así, entonces es como bien gratificante...”*

C9: *“...ayudar a las personas, de trabajar con ellas, me entretengo hartito en los laboratorios escuchando, cuando de repente los pacientes son felices mientras uno los escucha cuando cuentan todas sus historias.”*

C7: *“...un día tenía todo listo, al otro día volvía con mi planificación hecha, lo habían dado de alta, entonces es como ese el sentimiento que tengo, la sensación que ese paciente se va de alta y no haberle hecho la atención completa [...] como que eso no me deja satisfecha.”*

El estudiante dentro de la practica clínica que desempeña en el hospital, tiene que convivir con funcionarios que llevan un tiempo mucho más prolongado trabajando en los

diferentes servicios, que conocen las rutinas que se efectúan en el recinto y que en alguna medida han objetivado el trabajo, haciéndolo más frío y mecánico, repercutiendo esto en el trato hacia los pacientes, convirtiéndose en relaciones considerablemente menos afectivas.

En cuanto a las rutinas hospitalarias, los estudiantes manifiestan cierto grado de preocupación debido a que en la Universidad no los preparan adecuadamente para enfrentar la realidad que se vivencia en el hospital, esto se suma a la sensación de ser mirados con inferioridad por el personal del hospital al momento de llegar, lo que genera temor y distanciamiento que se acentúa por el hecho de desconocer las rutinas de los servicios. De esta manera la relación entre los funcionarios institucionalizados y los estudiantes en práctica son poco cordiales y afectan siendo amedrentados por ellas mismas, y el mismo hecho de desconocer la rutina que se lleva en los servicios ayuda a que las relaciones que se tenga con este personal sean cada vez más distantes y poco cordial, situación que termina afectando establecer un contacto fluido con los pacientes.

C8: “Yo siento que de repente como que nos largan, vayan al hospital, pero en ningún momento nos explican el funcionamiento como del hospital por servicio y eso como más hacia macro...”

C8: “...para mí lo más difícil fue cuando estábamos en segundo, llegar, porque uno no sabe cómo funciona el servicio, uno no sabe a quién dirigirse, uno no sabe nada.”

C2: “...encuentro que el ambiente acá es tan penca, como que la gente no esta contenta con la pega que hace...”

C1: “...la relación que uno mismo tiene con el personal de los servicios porque a veces te dicen cosas o hay mala onda con los estudiantes, a veces eso como que dificulta la relación con los pacientes porque ellos se dan cuenta de todas esas cosas y eso yo creo que puede tener cierta influencia en lo que los pacientes piensen de uno.”

C5: “...a veces sobre todo el personal paramédico nos ven no se si como amenaza o como..., pero igual se siente como una reacción como más quisquillosa con nosotros, hay algunos que por un lado abusan de nuestra presencia y nos cargan todo su trabajo, [...] el estudiante al final hace la pega del paramédico, del enfermero, del auxiliar y de estudiante.”

C7: “...con el personal, como estaba comentando, nosotros veíamos el trato que se le daba a los paciente, por ejemplo, un abuelito todo rígido y que llegará una paramédico y llegará la hora de hacer el aseo y confort del paciente y que los muevan súper bruscos y que el paciente se queje, y que a ella le de lo mismo, es como chocante...”

La ética profesional juega un papel fundamental en salud, en los estudiantes dicha ética también se puede ver reflejada ya que todos los entrevistados coinciden en que primero es la salud y los cuidados de los pacientes, y el atractivo físico pasa a un segundo plano, es decir, prima entregar los cuidados de Enfermería al paciente.

C7: "...me fijo en determinadas característica, en características visibles, más que nada todo lo que entra por la vista..."

C8: "¿Si fuese un hombre lindo? Pero si es que está en la sala da lo mismo, aparte que uno no debería priorizar, como estéticamente no debería priorizar eso, aparte si tiene una patología así toda charcha, y sólo porque es lindo (Tono de voz de duda)..."

Apartándose un poco del nivel de las emociones, se observa que los estudiantes de Enfermería antes de elegir qué carrera estudiar incursionan por otras ramas, o se preparan un año más para ingresar. En otras ocasiones por motivos personales o de fuerza mayor se sienten llamados a servir, ayudar y cuidar. En la mayoría de los casos, la historia personal del estudiante juega un rol crucial al momento de optar por estudiar Enfermería, y luego lo hará durante el proceso de elección de los pacientes que atenderá y bajo qué parámetros priorizará uno sobre otro. Muchas veces esta selección se produce en forma inconsciente, por ello es importante revelar el mecanismo de selección por medio del análisis de las respuestas.

C1: "...yo estudie derecho un año, de ahí me retire, el otro año [...] estuve cuidando un abuelo en mi casa..."

Durante la entrevista a los informantes se les planteó una pregunta que tenía la finalidad de conocer el nombre le asignaba cada uno al proceso de elección de paciente: *¿Que nombre le atribuirías tú a ese proceso que haces para escoger o atender a un paciente?* Los entrevistados entregaron las siguientes respuestas:

C1: "Seria más que nada como una imposición que le hacen los profesores a uno, eh no sé... selección"

C2: "Elección del paciente."

C3: "Eso es discriminar, yo creo, no sé... Sí, pero no en el mal sentido de la palabra."

C4: "En una palabra o más palabras, es como buscar la mayor oportunidad, eso, en una palabra seria oportunidad, experiencia"

C5: “Podría ser... categorización, así como la categorización que se le hace a los pacientes, en un momento igual hago la categorización, eso mismo...”

C5: “Selección, selección de paciente.”

C6: “Prioridad.”

C7: “Selección, puede ser”

C9: “Seleccionar, sí.”

C10: “Discriminación, es que discriminar es como elegir...”

Los estudiantes sugieren una diversidad de términos que se corresponden con la acción de discriminar; pero precisan que este tipo de discriminación es positiva. Por lo tanto habría mediante este tipo de selección, un beneficio del paciente que será mejor atendido y los cuidados le serán entregados en forma personalizada y oportuna, condición que es primordial en los casos que requieren extremar la atención.

La discriminación que los estudiantes identifican se relaciona directamente con lo que él desea para sí mismo, por ejemplo, si desea adquirir más conocimientos, intentará trabajar con un paciente que presente una patología de mayor complejidad y con mayor demanda de cuidado.

Como se explicó en el diseño metodológico, el tipo de muestreo que se utilizó fue el de casos extremos, donde una parte de los informantes correspondía a las más altas calificaciones y la otra a las más bajas respecto al curso profesional del semestre anterior, considerando esto, puede concluirse que independiente a las notas que posean los estudiantes, los criterios que siguen para escoger a un sujeto de atención, varían en cada informante, por lo que es imposible afirmar que los estudiantes con características académicas similares seleccionan a pacientes con determinadas características. Puede considerarse entonces, que el conocimiento y la eficiencia de los estudiantes, no están reflejados por las notas obtenidas en las evaluaciones correspondientes al segmento teórico de la carrera de Enfermería.

7. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos, permiten ser contrastados con los datos bibliográficos que construyeron el marco teórico de la investigación. De este diálogo surgen nuevos datos que no habían sido observados en la teoría y que significan, en parte, el aporte de este estudio.

En primer lugar, los datos recogidos, no coinciden con lo que postulan Sánchez - Pedraza, Gamboa, & Díaz (2008), los sujetos que brindan cuidados no analizan lo que hubiera sucedido si optasen por un paciente u otro, sino más bien se dejan llevar por los sentimientos y emociones que experimentan al momento de entrar en contacto con los potenciales pacientes. A raíz de esto puede afirmarse que hay posibilidades de que el estudiante, en el proceso de toma de decisión, tiende a realizar la selección en forma apresurada, por lo que correspondería a un proceso totalmente consciente. En resumen, influye más en el alumno al momento de elegir al paciente, el nivel emocional que el racional.

El proceso de toma de decisión puede verse afectado por la personalidad que tenga el estudiante, sobre todo cuando éstos se muestran más retraídos, tímidos y vergonzosos, lo que concuerda con lo planteado por Ibáñez (2002), quién resalta el papel de las emociones como elementos que influyen fuertemente en la regulación de las actividades y la conducta del sujeto.

En cuanto al proceso de aprendizaje, lo afirmado por Bermeosolo (2005) sobre el deber del sujeto por participar más activamente en los procesos de aprendizaje, puede considerarse que el estudiante de Enfermería cumple a cabalidad, y en su mayoría, tienen claros los objetivos de aprendizaje y más nítido aún, la forma en que los logrará. Esto se evidencia a través del interés propio de superación que presenta de acuerdo a la indagación de información, según lo que necesita para brindar una mejor atención a los sujetos de cuidado. El estudiante se motiva en aprender con la finalidad de entregar una atención de calidad, segura y oportuna, y lo logra con ayuda de toda la sociedad, siendo su principal motivación por lograrlo, mejorar en la actividad que desempeña.

Según Toro (2005) y lo observado en los estudiantes, la empatía se encuentra arraigada a la persona. Algunas lo demuestran con mayor facilidad, mientras que otras requieren crear lazos afectivos para poder manifestarla, frente a un sujeto de atención. Por lo tanto, la empatía es un elemento independiente del paciente al que se le brinde atención, coincidiendo con lo planteado por el autor cuando define que la empatía es una capacidad emocional-cognitiva y corpórea, sobre la cual se construyen todos los sentimientos y emociones de los sujetos.

Como ya se mencionó, en las personas priman los sentimientos y emociones, son estos los gatilladores de las elecciones de pacientes, y al mismo tiempo determinan las condiciones para el aprendizaje, condición que se asemeja a lo que Ibañez (2002) plantea. También las emociones influyen en la regulación de la actividad y la conducta del sujeto: en todo momento los estudiantes priorizaron atender a pacientes que deseaban atender y que les causaran mayor interés a primera vista. Todo lo anterior se complementa con lo planteado por Maturana (1997), en el sentido de que las emociones, al ser estados afectivos, indican estados internos personales, motivaciones, deseos, necesidades e incluso objetivos, los cuales constituyen el vivir humano, evidenciando que todo sistema racional tiene fundamento emocional, y demostrando que, ante todo, dependerá el cómo se encuentre emocionalmente el estudiante, para determinar la forma en que va a actuar.

En concordancia con lo dicho, el estudiante de Enfermería busca en sus experiencias clínicas obtener un beneficio, hecho que puede considerar como expansor de su personalidad y de su desarrollo profesional, por ello el cuidado debe ser una experiencia beneficiosa tanto para el que lo recibe como para quién lo otorga (véase Neil, 1999). Así también, cobra importancia el crecimiento personal como un patrón de conocimiento del enfermero (Carper, 1978) que, en definitiva, permite conservar y acentuar el carácter humanista de la Enfermería, distante de la visión fría y racional de la científicidad absoluta.

En el desarrollo profesional, el estudiante de Enfermería adquiere año a año nuevas herramientas teóricas y prácticas para ir desenvolviéndose con más soltura en el acto de cuidar, es así que las actitudes del cuidado que adquiere el estudiante son reforzadas por los conocimientos que pueden entregar los docentes a cargo, como la experiencia vivida con los pacientes, corroborando lo que Valenzuela (1995) da a conocer, y reafirmando lo que Nightingale reconoce como Enfermería.

A lo largo de este estudio, se identificó que los estudiantes realizan una discriminación al momento de elegir a que paciente desean brindar atención, esta está determinada, fundamentalmente por la emocionalidad y por lo que cada uno de ellos desea aprender, por lo que más les guste o a veces por lo que les sea más fácil trabajar. Si bien no todos los estudiantes reconocen que realizan el acto de discriminar, sí utilizan palabras que tiene el mismo significado, siendo sinónimos: priorizar, seleccionar, etc., quedando demostrado que sí realizan una discriminación positiva, en beneficio propios y en algunas ocasiones, en beneficio de sujeto de cuidado. La capacidad de discriminar que según Magendzo (2000), es una habilidad importante del intelecto, es algo que no se puede dejar de hacer, es decir, los estudiantes tanto de Enfermería como de cualquier otra disciplina académica la realizan en todo momento y muchas veces es un proceso inadvertido.

De acuerdo a lo obtenido en esta investigación, los estudiantes enfatizan en el cuidado que debe recibir el paciente, preocupándose constantemente de aprender y entregar los cuidados necesarios a quien está a su cargo. Si bien los cuidados entregados por los estudiantes se caracterizan por no ser curativos, debido a que aún no tienen las herramientas

necesarias para poder realizarlos, tratan de compensar dicho déficit entregando cuidados de Enfermería como aseo y confort y conversar con el paciente. Cabe destacar que el ser inexpertos en la entrega de cuidados curativos, les beneficia de tal manera que tienen más tiempo para relacionarse con el paciente y así conocerlo mejor para poder colaborar en el desarrollo de las necesidades psicológicas, que en muchas ocasiones, por falta de tiempo, el profesional de Enfermería no puede atender. A esto, puede ser añadido que el cuidado es el elemento central y unificador de la práctica de Enfermería, y si bien, actualmente no se aplica en forma cabal, sí se puede observar en los estudiantes, quienes lo entregan con mayor rigurosidad lo planteado por Watson, según su teoría del Cuidado.

Al contrastar lo que se obtuvo en este estudio con investigaciones previas, se puede afirmar que existen relaciones presentes:

No se encontraron similitudes con las evidencias presentadas por Baer y Lowery, 1987, (citado por Valenzuela 1995), ya que la investigación se centró en estudiantes y no en profesionales, lo que probablemente explica el no haber encontrado discriminación de tipo racial, política, religiosa, física o étnica. Además, se observa que los estudiantes ayudan a todas las personas por igual, independiente de las patologías o atractivo físico, lo que no quiere decir que alguno no sientan mayor inclinación por atender pacientes que presenten enfermedades más complejas de atender, u otras preferencias como edad, condición mental, entre otras.

Por otra parte, los hallazgos de Baer y Lowery (1987) se contradicen con los resultados de la investigación, de ellos se desprende que los pacientes que se encontraban menos enfermos eran más deseados para ser cuidados, en tanto pareciera ser un proceso diferente en el estudiante, quien pareciera preferir a los pacientes más dependientes y que estén más graves, donde se pueda ver la mejoría sustancial del estado de salud de la persona sujeta al cuidado y exista la posibilidad de realizar la mayor cantidad de actividades curativas, ya sea acciones vinculadas al proceso educativo para el autocuidado, procedimientos que permitan exponerse a desarrollar la habilidad técnico-motriz, o prácticas de confort y de cuidado sustitutivo.

En contraposición, Stockwell en 1972, (citado por Valenzuela, 1995) se acerca de mejor forma a los resultados obtenidos en nuestra investigación, ya que, manifiesta que a las enfermeras les agradaba proporcionarle cuidados a pacientes que tenían facilidad para comunicarse en forma oral, por su personalidad o actitudes individuales; en este estudio de investigación se da casi de la misma forma, puesto que los estudiantes prefieren sin duda alguna, a personas que estén conscientes, y puedan entablar un diálogo oral, ya que es fundamental para poder realizar su anamnesis, de la misma forma influye la personalidad que tenga el paciente, ya que si está irritable o de mal carácter genera cierto distanciamiento a los estudiantes, lo que dificulta en que se establezca una relación entre ambos.

Cabe destacar que el atractivo físico no aparece como un fundamento, no prevalece como determinante en el estudiante al momento de escoger a un paciente o para priorizar su atención; en cambio en los estudios de Dion (1972) y los de Nordholm (1980), (ambos citados por Valenzuela, 1995) el atractivo físico influye directamente en las enfermeras al momento de brindarles cuidados, incluso ellas generan prejuicios respecto a estos, como es el caso de asociar el atractivo con la inteligencia y la motivación, incluso llegaba a favorecer al momento de generar el pronóstico. Los menos atractivos tenían peor pronóstico, respecto de su enfermedad. En el caso de esta investigación, el aspecto físico aparece ligado a características de acogida, tales como un rostro amable o bonachón.

Lo mencionado por Valenzuela (1995), coincide con los resultados de este estudio: los estudiantes de Enfermería demuestran preferencia por atender a sujetos de cuidado que se puedan comunicar eficazmente o tengan un alto grado de comunicación, y que idealmente sean dependientes.

Se observó que ante las acciones humanas estudiadas en los sujetos, éstas se encuentran fundadas en los sentimientos y las emociones, encontrando un correlato con lo planteado por Maturana (1997). Vale decir que los aspectos lógicos se ven mediados por los aspectos afectivos, siendo difícil utilizar sólo la razón.

Dentro de la revisión bibliográfica realizada, se encontraron escasos estudios recientes relacionados con el tema abordado en esta ocasión, y en menor medida estudios realizados en estudiantes, lo que afectó las posibilidades de comparar los resultados obtenidos y evaluar la congruencia de los datos. Por otra parte, habría sido de utilidad haber conocido el perfil de los estudiantes que ingresan a estudiar la carrera de Enfermería y cuáles son sus reales motivaciones, para sumarlas como variables que prestarían gran utilidad. Entregarían información sobre lo que influye para que ellos hagan la discriminación de los pacientes. Se sugiere considerar este aspecto en futuras investigaciones.

Los datos obtenidos si bien, son considerados reveladores, no pretenden ser decisivos, pues como en todo estudio de la conducta (el sentir) humana, las falencias en su propia cientificidad, no permiten sostener ni generalizar del todo los resultados aquí vislumbrados. Se considera así, a partir de las características del marco metodológico que se sustenta la investigación, las siguientes limitaciones a considerar:

Las investigaciones en el marco cualitativo, si bien son elaboraciones de naturaleza descriptiva que recogen una amplia y diversa gama de información, ricos y densos en significados, difícilmente son reproducibles dada su vinculación a contextos y momentos determinados, y recogidos a partir de una instrumentación mínima, ya que para obtenerlos se utilizan, en varias ocasiones, entrevistas semiestructuradas, la cual se desarrolla de acuerdo a lo que el informante va dialogando.

Los resultados aportados por el presente estudio no son generalizables. En tal sentido, el propósito de esta investigación es más bien, comprender el fenómeno de la discriminación que ocurre por parte de los estudiantes de Enfermería, a fin de que al momento de ser leído por algún involucrado en los quehaceres de la formación y la ejecución de la Enfermería, logre extrapolar lo que se plantea a su propia experiencia, y la vea reflejada.

Debido a que las personas actúan de diferentes formas de acuerdo a la situación, los estudiantes pueden decir algo en el contexto de entrevista diferente a lo que dirían en otras situaciones. Esto se ve influido por la relación de confianza que se logre crear con ellos (*rapport*) y por la personalidad tanto del informante como la del entrevistador. Al mismo tiempo una dinámica de entrevista en malas condiciones (ruido, interrupciones, mal estado de salud del entrevistado como del entrevistador, etc.), inevitablemente afecta en el ánimo de los informantes. Para evitar cualquier dificultad de este tipo, se procuró un ambiente privado y tranquilo, más una actitud empática y receptora por parte de los entrevistadores.

Finalmente, una de las limitaciones propias de las investigaciones cualitativas está representada por las ideas preconcebidas de los investigadores, lo que puede influir tanto en la recolección de información bibliográfica, como en la realización de las entrevistas (en su creación y aplicación). Para reducir esta limitación, el análisis de los datos aportados en ellas, fueron realizados separadamente por los investigadores. Por otro parte, la extracción de las categorías fue triangulada con el apoyo del programa computacional ATLAS.ti 5.0 y el respaldo del profesor guía.

8. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Luego de la investigación realizada, y en atención a uno de nuestros objetivos específicos, planteamos una propuesta de trabajo para los docentes de Enfermería en el contexto chileno, de acuerdo a lo extractado del discurso de los informantes, sujetos de aprendizaje, respecto a la forma en que se verifica el proceso de toma de decisiones en sus experiencias clínicas. Se identificaron una serie de problemas, pero se abordara solo uno de acuerdo a los objetivos de esta investigación.

A continuación se explica el problema y al mismo tiempo se plantea una forma de abordar este proceso.

- ✓ Labilidad emocional y sentimental por parte del estudiante al ingresar a la práctica clínica.

Las reacciones de las personas están determinadas por aspectos lógicos, cognitivos y afectivos, afectando en mayor medida los aspectos afectivos, ya que lo racional está fundamentado en lo emocional (Maturana, 1997). Esto se evidencia claramente dentro de este estudio, ya que ante todo la elección de sujeto de cuidado está determinada por lo que siente, por lo que quiere, por lo que desea. El aspecto emocional está relacionado con la personalidad (Maya, 2004) que posee el estudiante, las cuales influyen directamente en el estado anímico de la persona.

Los estudiantes deben lidiar con problemas afectivos dentro de la práctica clínica, lo que parece ser una carga emocional muy grande, y que en ocasiones afecta sus vidas privadas. Esto ocurre debido a que los cambios emocionales producen limitaciones anímicas, y si la persona se encuentra sensible y decaída, se ve dificultado el que pueda desarrollarse, porque además no estará con una buena disposición para aprender.

No todos los estudiantes se ven afectados por problemas de labilidad emocional, pero aparentemente, a quienes los padecen, les impide realizar las actividades normales, retrasando el proceso de aprendizaje. De aquí que la propuesta de intervención esté centrada en identificar quienes son los estudiantes más lábiles emocionalmente, para luego trabajar personalmente con ellos, para ayudarles orientándolos. Es decir, se propone que el docente cree una instancia en donde les informe sobre los cambios emocionales que pueden producirse al ingresar a la práctica clínica, con la finalidad de que al término de la reunión, el docente les ofrezca su ayuda, y los alumnos que reconocen ser lábiles emocionalmente, expresen que necesitan de dicha ayuda, y puedan desarrollarse reuniones de orientación con los docentes del instituto, o de algún experto en el tema (Psicólogo).

Esta ayuda constará de enseñarle a poder manejar las emociones, para que puedan desarrollarse normalmente, y poder así aprovechar cada experiencia clínica al máximo.

Mediante el diálogo con el estudiante que haya recibido ayuda, podrá verificarse la efectividad de este método, que debería reducir la dificultad al relacionarse dentro de la práctica clínica, y de manejar sus emociones en beneficio de un aprendizaje y evitar que lo vivido por los pacientes no repercuta en su vida privada. Otra forma de evaluar la eficacia durante la práctica, donde el docente guía podrá notar los cambios sustanciales en la forma de actuar del estudiante.

9. CONCLUSIONES

Durante la realización de este estudio, los investigadores identificaron que la información respecto a la discriminación es amplia, sin embargo, es preciso desambiguarla, y devolverle a su significado la importancia, y despojarla de las connotaciones negativas ampliamente difundidas socialmente y que generan cierto rechazo en una primera instancia. Para tal efecto, a los estudiantes que participaron en la investigación se les explicó el verdadero significado de la palabra, para hacerles comprender que el acto de elección de pacientes es un acto discriminatorio, y como pueden comprobar por su propia experiencia, no tiene rasgos negativos.

Llama la atención en la fase de recolección de datos que los informantes se encuentren sorprendidos por ser ellos los participantes de las entrevistas, ya que pese al conocimiento de la mayoría sobre la obligación de cumplir con el requisito de tesis, nunca habían participado activamente en la realización de la una. Tampoco poseían conciencia de su potencial condición de objeto de estudio.

El Fondo de las Naciones Unidas (2005) postula que la palabra discriminación “se puede utilizar para designar la ruptura de la igualdad que se da en el trato a individuos en un mismo grupo... se pueden distinguir dos tipos de discriminación la “entre” que denominan positiva y la “en contra” que denominan negativa”; de acuerdo a esto, puede considerarse que los estudiantes de enfermería realizan una discriminación positiva en todo aspecto, ya que privilegian su aprendizaje lo cual se relaciona con la salud y el cuidado de los pacientes, no se evidencia en ninguna forma una discriminación negativa, ante lo cual es posible concluir que los estudiantes de esta universidad no practican ningún tipo de discriminación que no resulte constructiva en su desempeño dentro de la práctica clínica. El proceso racional de discriminación que se da en los estudiantes, se caracteriza por ser natural, no planificado, ya que ellos no identifican que están realizando dicha discriminación. Se podría decir que este proceso se da en forma uniforme, todos los viven y adoptan diferentes posturas, pero concluyen en un mismo fin, sin hacer diferencia.

En relación a los factores que se presentan asociados frente a que el estudiante de enfermería discrimine al momento de brindar atención a un sujeto, puede decirse que escogen o priorizan pacientes de acuerdo al aporte que estos pueden realizar en su aprendizaje y que al mismo tiempo cumplan con características como: patología, complejidad, estadía hospitalaria, condiciones mentales y cuidados por nombrar algunos, lo que sin lugar a duda favorece el aprendizaje. Vale decir el estudiante discrimina de acuerdo a lo que el cree necesario para su aprendizaje, cumpliendo siempre el requisito de que lo motive, por lo tanto, el paciente que despierte con mayor facilidad su motivación de aprender, ese será el que discriminará.

El estudiante de Enfermería, a la acción de diferenciar o distinguir entre distintos sujetos hospitalizados, le atribuye un significado más bien normalista, representa una actividad que debe cumplirse como parte de la planificación para cumplir los objetivos que plantea su paso por el campo clínico, es decir, el estudiante no percibe el acto de diferenciar como un proceso negativo o positivo, sino como un acto normal dentro de su rutina como futuro profesional, teniendo en consideración que cuando sea enfermero/a tendrá que realizarlo en pos de una mejor calidad de vida para los pacientes y un mejor cuidado para su recuperación, atendiendo no solo a una persona, sino que a todas las que requieran de sus servicios.

Por otra parte, se ha establecido como conclusión que frente a cualquier toma de decisiones, el estudiante se ve mayormente influenciado por los aspectos afectivos. Si bien en varias ocasiones se debería realizar este tipo de acciones usando más los criterios racionales, al momento de discriminar, será crucial lo que el estudiante quiere. Esto está profundamente relacionado con las motivaciones personales: cuando las motivaciones son sólidas, mejor disposición habrá por parte del estudiante para trabajar con los sujetos de atención, como se nombro anteriormente.

Mediante este estudio se observó que los estudiantes de Enfermería se mueven en el marco de la Teoría del Cuidado de Watson: los estudiantes tienden a aplicar lo que ella describe, aún sin conocer los postulados que enuncia. Esto se evidencia claramente, ya que donde son estudiantes tienen cómo función sólo el cuidado del sujeto de atención, permitiéndole hacer un rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal del paciente, intentando curarlo a través de los cuidados de enfermería (aseos, conversar, por nombrar algunos).

Como producto de lo señalado anteriormente, surge la inquietud de presentar a la docencia en salud una propuesta de intervención de implementación viable en los grupos de estudiantes para lograr un aprendizaje diferenciado con aquellos que tengan mayores dificultades en las experiencias para relacionarse con los pacientes durante el período de práctica clínica. Es por ello que tal vez formar alianzas estratégicas con otras entidades del mismo lugar estudios, sea una razonable propuesta de trabajo (relaciones de ayuda entre diferentes escuelas y/o institutos), en la cual a los estudiantes se les ayude y entreguen las herramientas necesarias para poder integrar procesos cognitivos afectivos en post de un buen aprendizaje en este proceso de enseñanza. Y así poder apoyar a dichos estudiantes que presenten problemas en lo que es el manejo de sus aspectos afectivos (emociones, sentimientos) y puedan tener igual desempeño durante la práctica que el resto de sus compañeros, fortaleciendo al estudiante como persona.

Esta investigación tiene altas posibilidades de convertirse en un punto de partida para estudios posteriores de mayor envergadura, ojala de metodología cualitativa, ya que permitirá comprender diversos fenómenos subjetivos que ocurren dentro de la comunidad universitaria, la cual es poco estudiada.

En conclusión la investigación ha sido de utilidad para comprender qué es lo que los estudiantes de enfermería perciben como discriminación, y al mismo tiempo evidenciar que frente a cualquier proceso de toma de decisiones los estudiantes van a decidir de acuerdo a los aspectos afectivos, debido a que son estos los que los motivan a realizar el proceso de aprendizaje, colaborando a que este sea placentero para ellos.

Por último, es importante mencionar los aspectos facilitadores y obstaculizadores que existieron durante el desarrollo de este estudio. En primer lugar, destacar lo positivo que resultó trabajar en manera grupal, lo cual permitió afiatar lazos de amistad y trabajo, haciendo muy ameno el proceso de realización de la tesis, al mismo momento hay que destacar la motivación constante por parte de los investigadores y del profesor patrocinante, teniendo la única finalidad de entregar un estudio de calidad. Referente a lo que dificultó fue lo inexpertos que son los investigadores, debido a este ser su primera investigación.

Finalmente cabe destacar la importante trascendencia que tiene la investigación cualitativa para el aporte a la Enfermería, ya que permite capturar la esencia del lenguaje humano, de lo que se pretende expresar en palabras y del escuchar activo de la contraparte, captar la sensibilidad de las palabras y la relación de empatía que corona el sentir de los profesionales de Enfermería. Por lo cual se espera que el presente estudio sirva de incentivo, y logre motivar a las generaciones venideras para que continúen realizándose aportaciones que involucren la comprensión de los fenómenos vivenciales y cotidianos del ejercicio de la profesión, para que de esa manera, puedan tenerse como base de los cambios cualitativos que se requieran para mejorar el servicio hacia los pacientes a partir de la enseñanza.

10. REFERENCIAS

- Amaro, M. (2004). Toma de decisiones éticas aplicadas a la especialidad de Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 20 (3). Recuperado el 27 de Abril de 2008, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192004000300007&script=sci_arttext
- Ardilla, R. (1979). *Psicología del Aprendizaje*. México: Siglo veintiuno editores.
- Barros, O. (1986). *Sistema de información administrativos*. Editorial Universitaria.
- Bermeosolo, J. (2005). *Como aprenden los seres humanos: Mecanismo psicológicos del aprendizaje*. Santiago, Chile: Edición Universidad Católica.
- Bernal, C. (2006). *Metodología de la investigación*. México. Editorial Pearson.
- Briones, G. (2003). *Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales*. México.
- Carper, B.A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*. 1(1): 13-23.
- Chadwick, C. (1983). *Teorías del aprendizaje para el docente*. Santiago. Editorial Universitaria.
- Cid, P. & Sanhueza O. (2006). Acreditación de campos clínicos de Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 22 (4). Recuperado el 22 de Abril de 2008, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400010
- Corona, L. & Fonseca, M. (2003). La toma de decisiones médicas y su formación como habilidad profesional. *Revista Cubana Educación Media Superior*. Recuperado el 27 de Abril de 2008, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412003000400004&script=sci_abstract
- Damasio, A. (1997). *El error de Descartes*. Barcelona: Andrés Bello.
- De la Cuesta, C. (1999). Investigación Cualitativa y la práctica de Enfermería. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, XVII (2). Recuperado el 25 de Abril de 2008, de <http://enfermeria.udea.edu.co/revista/html/articulos/Vol%20XVII%20No.%202%20de%20Septiembre%20de%201999/Investigaci%F3n%20cualitativa%20y%20pr%20E1ctica%20de%20enfermer%EDa.pdf>

- Escuela de Enfermería. (2004). Anteproyecto CENAP: Escuela de Enfermería de la Universidad Austral de Chile. Valdivia. Chile
- Fernandez, L.; Llanes L. & Llanes F. (2004). Reflexiones sobre la ética en la investigación clínica y epidemiológica. *Revista Cubana Salud Pública*, 30 (3). Recuperado el 23 de Abril de 2008, de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v30n3/spu11304.pdf>
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid, España. Ediciones Morata
- Flores, R. (1965). *Historia de la Enfermería en Chile*. Santiago, Chile.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2003). *Resumen del proceso por la no discriminación en Paraguay I*. Recuperado el 24 de Marzo de 2008, de www.unfpa.org.py/nodiscriminacion/
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2005). *Resumen del proceso por la no discriminación en Paraguay II*. Recuperado el 20 de Marzo de 2008, de www.unfpa.org.py/nodiscriminacion/
- Gagné, R. (1993). *Las Condiciones del Aprendizaje*. (4 Ed.). México. McGraw Hill/Interamericanade México,SA.
- García, M. (2007). No discriminación Laboral. *Revista de Empresa*. Recuperado el 25 de Abril de 2008, de http://www.deloitte.com/dtt/press_release/0,1014,sid%253D17009%2526cid%253D145853,00.html
- Tomás, M. (2003). Sabiduría ética e información científica. *Persona y ética*, 7 (19). Recuperado el 20 de Abril de 2008, de http://66.102.1.104/scholar?hl=es&lr=&q=cache:Ngy_M3hJQF4J:palabraclave.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/viewArticle/861/1681+rigor+etico+investigacion
- Goleman, D. (1996). *La inteligencia emocional*. Barcelone: Kairos.
- Ibañez, N. (2002). Las emociones en el aula. *Estudio pedagógicos* (28), 31-45. Recuperado el 15 de Julio de 2008, de http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052002000100002&lng=es&nrm=iso
- Johansen, O. (1970). *Comunicaciones y toma de decisiones*. Santiago.
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido*. Buenos Aires, Argentina: Paidós Comunicación.

- Magendzo, A. (2000). La diversidad y la no discriminación, un desafío para la educación. *Revista Pensamiento Educativo*, 26, 177-201.
- Maya, A. (2003). *Conceptos básicos para una pedagogía de la literatura*. Colombia: Ecoe Ediciones.
- Maya, A. (2004). *Conceptos básicos para una Pedagogía de la Ternura*. Colombia: Ecoe Ediciones.
- Mejía, J. (s.f.). Sobre la investigación cualitativa: Nuevos conceptos y campos de desarrollo. *Revista de Investigaciones Sociales*, 277-299. Recuperado el 23 de Abril de 2008, de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/inv_sociales/N13_2004/a15.pdf
- Neil, R. (2003). Teoría del Cuidado de Jaen Watson. En A. Marriner, & M. Raile, *Modelos y Teorías en Enfermería*. Madrid, España: Harcourt Barce.
- Rangel, M. & Escobar, C. (2004). Teoría y aplicaciones de la toma de decisiones en el sector Salud. *Revista de la Facultad de Medicina*, 9 (2).
- Sanchez-Pedraza, R., Gamboa, O. & Díaz, J. (2008). Modelos empleados para la Toma de Decisiones en el Cuidado de la Salud. *Revista Salud Pública*, 10 (1).
- Sandoval, C. (2002). *Investigación Cualitativa*. Bogota. Recuperado el 20 de Abril de 2008, de http://200.26.128.174:8080/portalicfes/home_2/rec/arc_4025.pdf
- Sanhueza, O. (2001). El cuidado: Necesidad de investigar en Enfermería. *Ciencia y Enfermería*, VII (1), 13-22.
- Sautu, R. (1999). *El método biográfico*. Argentina: Lumiere.
- Skinner, D. (1995). *Introduction to Decision Analysis*. Gainesville. Recuperado el 22 de Abril de 2008, de www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10n1/v10n1a17.pdf
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1998). *Introducción a la investigación cualitativa*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica.
- Toro, S. (2005). Desarrollo humano y motricidad: Una aproximación desde la empatía. En *Con Sentido*.
- Valenzuela, J. (2007). Más allá de la tarea: Pistas para una redefinición del concepto de motivación escolar. *Educación e Pesquisa*, 33 (003), 409-426.
- Valenzuela, S. (1995). *Factores que influyen en la actitud de estudiantes de Enfermería hacia el cuidado de pacientes durante sus experiencias clínicas médico-quirúrgicas*. Tesis de Magister Enfermería Médico Quirúrgica no publicada. Escuela de Graduados. Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

Zapata, L. (2002). *Los determinantes antes de la generación y la transferencia del conocimiento en pequeñas y medianas empresas de tecnología de la información*. Proyecto de Tesis Doctoral publicado. Bellaterra, Cerdanyola del Vallés. Recuperado el 24 de Abril de 2008, de http://selene.uab.es/dep-economia-empresa/tercer_cicle/doctorats/documents/Proyecto_Laura_Zapata.pdf

11. ANEXOS

Anexo N° 1

(Extraído de Flores, Rosalba. Historia de Chile. 1965)

“Santiago, 30 de junio 1921.

Hoy se decretó lo que sigue:

Núm. 3080. Vista la nota N° 303 del Rector de la Universidad:

D E C R E T O:

Apruébese el siguiente Proyecto de Reglamento para Escuelas de Enfermería, acordado por el Consejo de Instrucción Pública, en sesión del 13 del actual:

- Art. 1º.** Autorízase a las Facultad de Medicina y Farmacia, para conceder diplomas de aptitud a las alumnas de las Escuelas de Enfermeras que se establezcan en los Hospitales de la República, siempre que cumplan con los requisitos que se expresan a continuación, y en la forma que se expresan los números 4º y 5º.
- Art. 2º.** Las condiciones de admisión, la duración del curso, los planes y los programas de enseñanza deberán ajustarse a los de la Escuela oficial con las modificaciones requeridas por la naturaleza del establecimiento en que se hagan dichos estudios (hospitales de niños, de adultos, hombres o mujeres, de enfermedades infecciosas, de especialidad, etc.).
- Art. 3º.** Las alumnas, que deberán usar uniforme especial, constituirán una categoría aparte del personal del establecimiento. Sus habitaciones y dependencias, el comedor, las salas de estudio y de recreo, les serán propias, adecuadas al objeto y deberán tener las condiciones mínimas sanitarias requeridas. La Escuela dispondrá también de una sala para clases, dotada de mobiliario y de los útiles del caso.
- Art. 4º.** Concluidos sus estudios, las alumnas que deseen obtener el diploma de Enfermera, rendirán un examen de competencia ante una comisión nombrada por el Decano de la Facultad de Medicina.
- Art. 5º.** El diploma de aptitud, firmado por la comisión examinadora, será refrendado por el Secretario de la Facultad, previa su inscripción en un libro-registro especial.
- Art. 6º.** La Facultad de Medicina, por intermedio de una comisión especial, se impondrá de que la Escuela cuya aceptación haya sido pedida, llena de requisitos arriba establecidos y cuidará de informarse periódicamente del incumplimiento de las condiciones a que se refieren los números 2º. y 3º. del presente Reglamento”.

Anexo N° 2

Temas a tratar en la entrevista

1.- Estudiantes de Enfermería

- ✓ Expectativas de la carrera.
- ✓ Influencias para estudiar la carrera.
- ✓ Proyecciones del entrevistado.
- ✓ Experiencia del estudiante en el laboratorio clínico.

2.- Los estudiantes en el acto de brindar atención a pacientes

- ✓ Relación que se establece con los pacientes.
- ✓ La experiencia del estudiante al brindar atención al usuario.
- ✓ Influencia de lo enseñado en la universidad.
- ✓ Influencia del mundo laboral.
- ✓ Aspectos que facilitan y dificultan la relación con los pacientes.

3.- Confrontación con el dibujo

- ✓ Significado del dibujo.
- ✓ Representación de las personas y sus roles en el dibujo.
- ✓ Posibilidades de modificar el dibujo.

Anexo N° 3

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....he sido informada/o por Srta. Catalina Alvarado Negrón y el Sr. José Cuevas Azócar, tesistas de la carrera de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, que desarrollan un trabajo de investigación, sobre experiencias de estudiantes de Enfermería, es por ello que yo:

1. He sido debidamente informada/o del objetivo y la metodología de la investigación.
2. Consiento libre y voluntariamente en colaborar en su trabajo, relatando cual ha sido mi experiencia en el tema de investigación.
3. Permito que la Srta. Alvarado y el Sr. Cuevas, utilicen la información sin dar a conocer mi identidad, y que modifique nombres o situaciones del texto, según sea el caso, que puedan permitir conocer mi identidad.
4. He podido hacer las preguntas que he estimado necesarias acerca de las razones de este estudio.
5. He sido informada/o que puedo retirar mi colaboración en cualquier momento, sea previo o durante la entrevista.
6. Mi negativa a colaborar en el estudio no tendrá ninguna influencia en mi quehacer académico.
7. Si tengo alguna consulta puedo dirigirme a la Srta. Alvarado o al Sr. Cuevas.
8. Autorizo a la Srta. Alvarado y/o al Sr. Cuevas, para grabar nuestra conversación.
9. Fijaré día y hora en la cual se realizará nuestra entrevista.

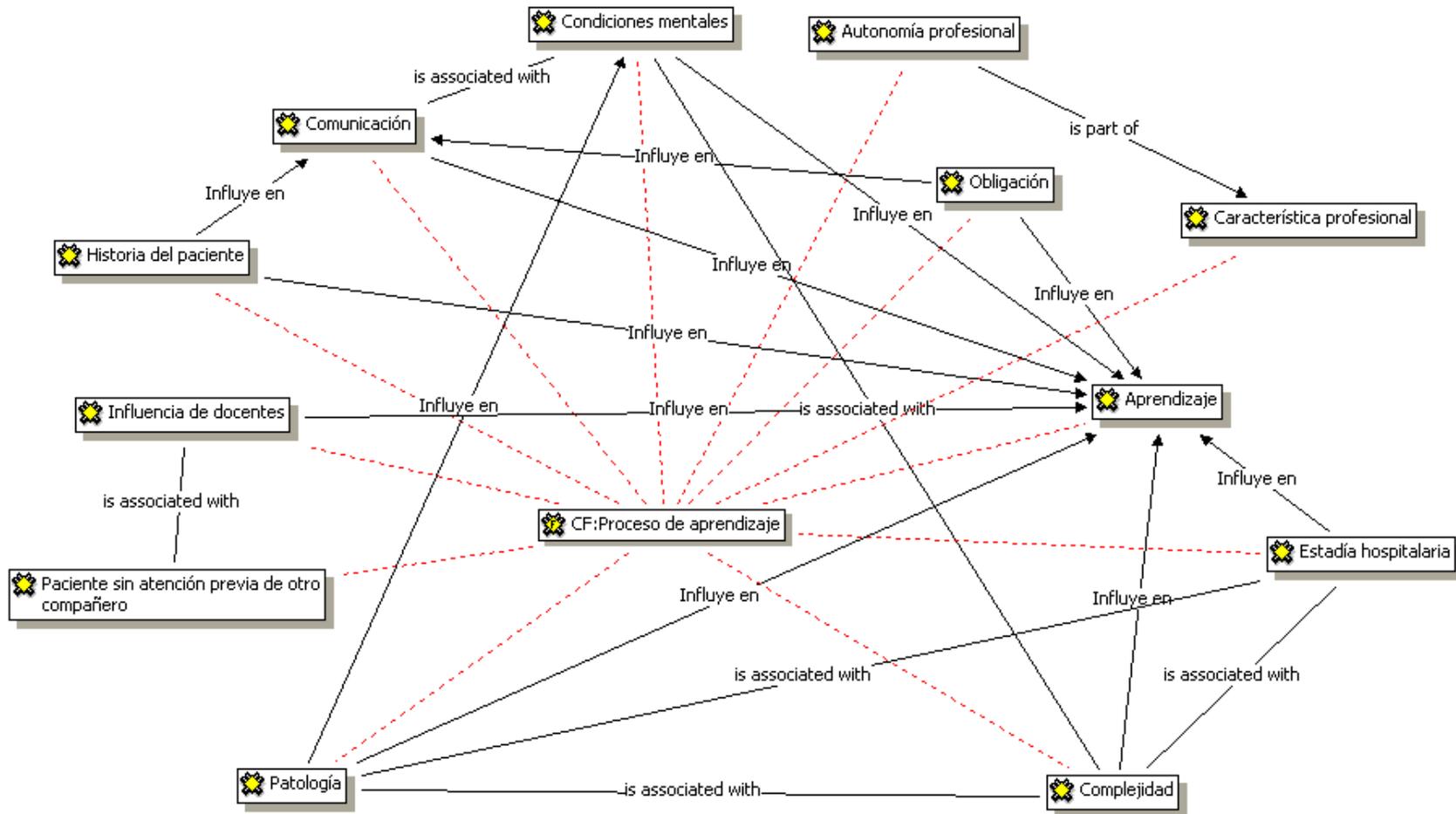
Firma Catalina Alvarado.

Firma José Cuevas.

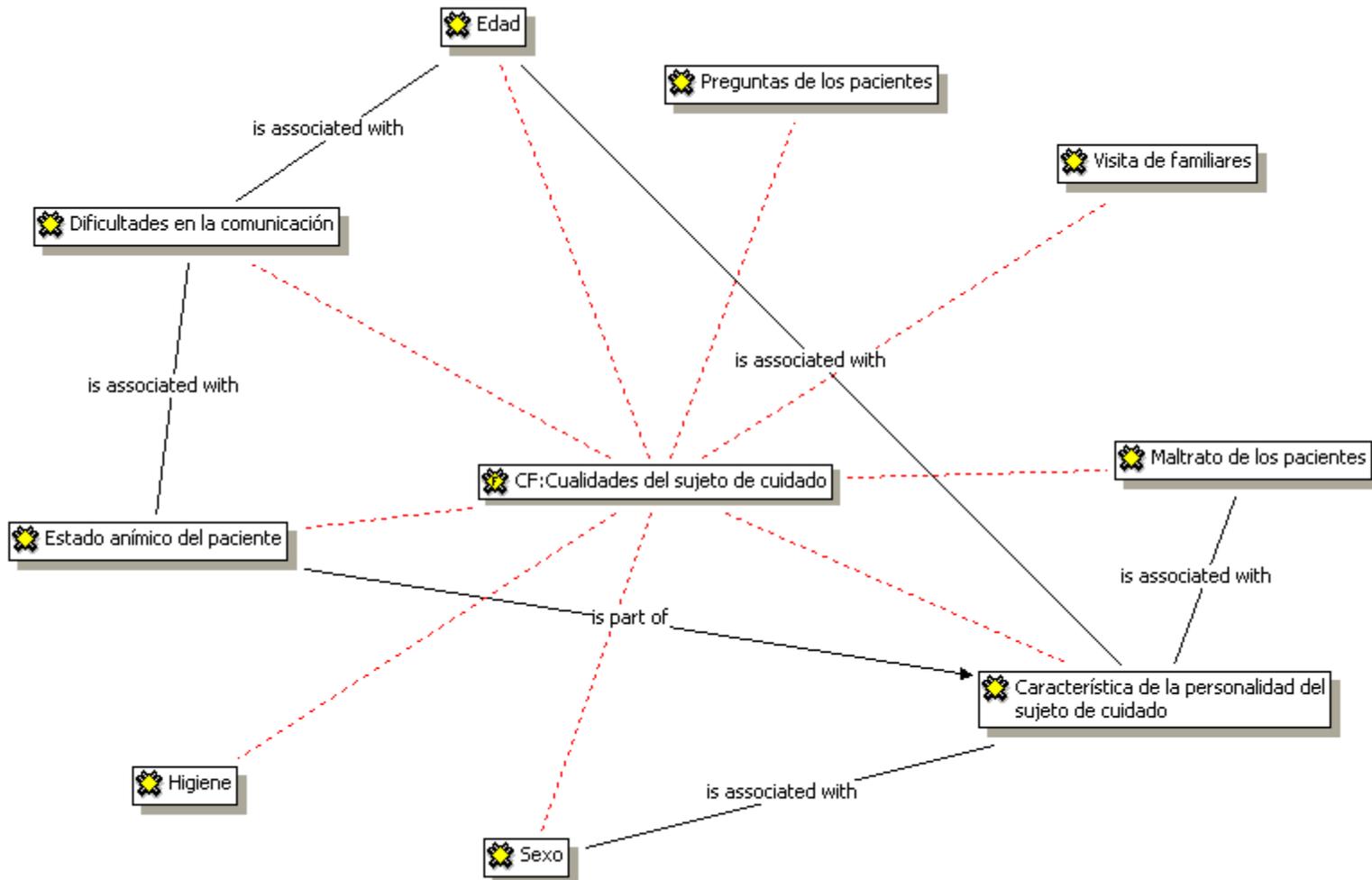
Firma Entrevistada/o

Valdivia, 2008

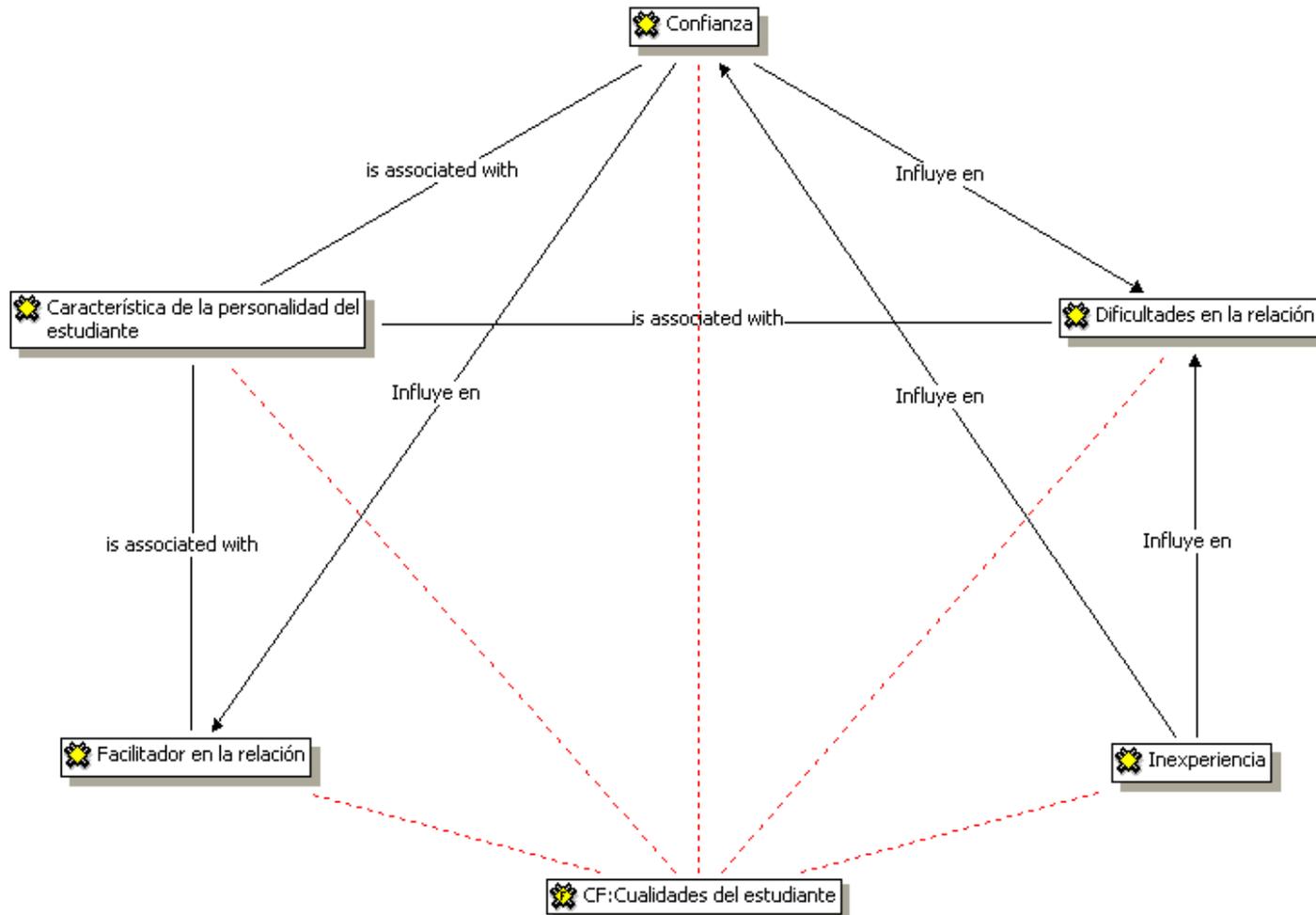
ANEXO N° 4
Gráfico de categoría Proceso de Aprendizaje



ANEXO N° 5
Gráfico de categoría de Cualidades del sujeto de cuidado



ANEXO N° 6
Gráfico de categoría de Cualidades del estudiante



ANEXO N° 7 Gráfico de categoría de Emociones

