



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“Conceptualizaciones desde los estudiantes
acerca de la práctica clínica hospitalaria”**

**Tesis para obtener el grado de Maestría en Educación y Gestión
Pedagógica.**

Elaboró: Lic. Enf. Ma. Isabel Villarreal Guzmán

Director de Tesis: M.E. C. Araceli Trespalcios Ortiz

San Luis Potosí, S.L.P. Febrero del 2003



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“Conceptualizaciones desde los estudiantes
acerca de la práctica clínica hospitalaria”**

**Tesis para obtener el grado de Maestría en Educación y Gestión
Pedagógica.**

Elaboró: Lic. Enf. Ma. Isabel Villarreal Guzmán

**Aprobada por:
Director de Tesis**

M.E. C. Araceli Trespalacios Ortíz

San Luis Potosí, S.L.P. Febrero del 2003



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“Conceptualizaciones desde los estudiantes
acerca de la práctica clínica hospitalaria”**

**Tesis para obtener el grado de Maestría en Educación y Gestión
Pedagógica.**

Elaboró: Lic. Enf. Ma. Isabel Villarreal Guzmán

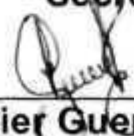
**Aprobó
Presidente del Jurado**



Dr. Juana María Méndez Pineda

Secretario

Vocal



Mto. Javier Guerra Ruiz-Esparza

Mta. Yolanda López Contreras

San Luis Potosí, S.L.P. Febrero del 2003

AGRADECIMIENTOS

Esposo e hijas...

Padres...

Estudiantes...

GRACIAS.....

Sin su ayuda el
presente estudio
no hubiera sido
posible.

RECONOCIMIENTO

Para mi

Directora de tesis M.E.

C. Araceli Trespalacios Ortiz,

por su excelente apoyo y confianza.

Para

José Alfredo Rodríguez Banda,

por su paciencia en el trabajo escrito.

ÍNDICE

	Pag.
Introducción.	1
II. Problema de investigación.	5
2.1. Antecedentes. ¿De donde surge el estudio?. Trabajos previos	5
2.2. Marco contextual.	8
III. Problematización y construcción del objeto de estudio.	11
IV. Consideraciones metodológicas.	23
4.1. Elección del tipo de estudio.	23
4.2. Unidades de análisis.	24
4.3. Universo de trabajo.	24
4.4. Técnica y procedimiento para recolectar información.	25
4.5. El trabajo con los datos.	25
4.5.1. Lectura cuidadosa y repetida de los relatos.	26
4.5.2. Desarrollo de conceptos y proposiciones teóricas.	27
4.5.3. Fase de codificación.	28
4.5.3.1. Desarrollo de categorías de codificación.	28
4.5.3.2. Codificación y separación de todos los datos.	28
4.5.3.3. Refinamiento del análisis. Elaboración previa del índice para la organización del contenido del trabajo.	29
4.6. Elaboración por escrito de los resultados.	31
V. Lo complejo y singular de los sentimientos.	33
5.1. Exigencias de competencias profesionales ante situaciones nuevas.	34
5.2. El cuidado enfermero. Responsabilidades y conflictos.	42
5.3. El nacimiento de un nuevo ser. Expectativas.	47
5.4. Objetivos escolares y hospitalarios. El concepto de práctica.	51
VI. El valor agregado de la realidad práctica.	54
6.1. El desarrollo de habilidades intelectuales.	57
6.2. Los roles asumidos por el estudiante.	65
6.2.1. Rol de "observador" vs "ayudante".	66
6.2.2. Rol de "hacedor".	69

VII. Cuando la institución marca el criterio.	74
7.1. La escuela	75
7.1.1. El concepto de institución.	77
7.1.2. El concepto de formación.	80
7.1.3. Vínculo teoría – práctica.	82
7.2. La institución de salud.	84
7.2.1. El poder y la obediencia.	84
7.2.2 La rutina.	88
7.2.3. Reconocimiento al “trabajo” de los estudiantes.	91
7.2.4. Los valores.	93
VIII. Amores y desamores en las interacciones.	96
8.1. Estudiante – Enfermera.	98
8.2. Estudiante – Paciente.	102
8.3. Estudiante – Médico.	104
8.4. Estudiante – Estudiante.	106
8.5. Estudiante – Maestro.	109
IX. Cierre – apertura.	114
X. Bibliografía.	129
Anexos.	
Anexo 1. Metodología, funciones y evaluación del Programa de Atención Materno-Infantil, 1999. Facultad de Enfermería de la UASLP. Servicios de área tocoquirúrgica y puerperio.	133
Anexo 2. Relatos de días extraordinarios de los alumnos de cuarto semestre “C” período enero – junio 1999. Facultad de Enfermería de la UASLP.	140
Anexo 3. Sábana de categorización de “Día extraordinario”.	152
Anexo 4. Estructura analítico conceptual.	158
Anexo 5. Conceptos, proposiciones y contexto. Contextualización horizontal de los datos. “Día extraordinario”.	159
Anexo 6. Sistema de relaciones en la codificación.	174
Anexo 7. Lista maestra de categorías (Día extraordinario).	175
Anexo 8. Cuadro analítico de ubicación de autores y conceptos.	177

Introducción.

La presente investigación titulada "**Conceptualizaciones desde los estudiantes acerca de la práctica clínica hospitalaria**" constituye un esfuerzo en materia de investigación educativa, que parte de mi inquietud personal de reconocer a la práctica clínica hospitalaria como punto de partida para abrir problemas y posibilidades a fin de que sea abordada no sólo como un ámbito para reforzar procedimientos y conocimientos teóricos, técnicos y metodológicos; sino como un ámbito que tiene que ver con la formación personal y profesional, de acuerdo al tipo y al modo en que el estudiante resignifica las interacciones con el resto de sujetos con los cuales se relaciona.

La carrera de Licenciado en Enfermería en donde se inscribe el presente trabajo, considera a la práctica clínica hospitalaria como un componente trascendental en la formación de los estudiantes. Gran parte del tiempo y de los recursos institucionales (maestros, organización, infraestructura) son asignados para que el estudiante se ubique en los ámbitos de práctica. Sin embargo y de manera contradictoria, no existen investigaciones al interior de la Facultad de Enfermería de la U.A.S.L.P., que den cuenta de la situación que guarda este componente en el desarrollo de los programas académicos.

Al particularizar a la práctica clínica hospitalaria realizada por los estudiantes de cuarto semestre y como parte del programa de Atención Materno – Infantil, se enfatiza la necesidad de visualizar ya no a **la práctica** sino a **las prácticas**, las cuales son tan específicas como son los seres humanos que participan en ellas; así como la manera en que la significan a través de sus diversas biografías, interacciones y contextos en que se realizan.

El objetivo de esta investigación fue: "**indagar desde los relatos escritos por los estudiantes del cuarto semestre de la carrera de Licenciado en**

Enfermería de la UASLP del período enero – junio 1999, los significados y las interacciones que se generan en la práctica clínica hospitalaria como parte de su formación profesional”.

La práctica clínica hospitalaria, como un campo problemático, puede ser abordada desde diferentes puntos y enfoques; sin embargo en este momento se plantean como preguntas centrales de investigación, el comprender:

- a) ¿Cuáles son los significados que se producen en los estudiantes, durante su práctica clínica hospitalaria?.***
- b) ¿Qué interacciones suceden en el ámbito hospitalario durante la práctica clínica entre de los estudiantes y los diferentes actores?***

Para dar respuesta a estas preguntas se realizó una investigación educativa con enfoque cualitativo, descriptivo e interpretativo, para lo cual se consideró pertinente analizar las diferentes conceptualizaciones que los estudiantes significan acerca de la práctica clínica hospitalaria.

El principal instrumento utilizado para recuperar el dato empírico, fueron los relatos de días extraordinarios que los estudiantes en forma escrita entregaron al investigador, tomando lo extraordinario, como aquello que a juicio del estudiante le impactó de manera significativa en lo personal y profesional.

El trabajo con los datos empíricos, siguió los lineamientos generales que se establecen para el tipo de investigación cualitativa que se planteó. Se tomó como base el planteamiento que realiza Taylor y Bodgan (1987) con respecto al análisis de datos y que implica tres fases diferenciadas: la primera se refiere a la fase de descubrimiento e implica aprender a buscar temas examinando los datos de varios modos posibles; la segunda fase se refiere a la codificación de datos y el refinamiento de la comprensión del tema y finalmente en la tercera fase el investigador trata de relativizar sus descubrimientos y de interpretar los datos en el

contexto en que fueron recogidos, sin descartar nada. De manera detallada, estas fases, se describirán en el apartado de consideraciones metodológicas.

El analizar y codificar los datos, así como la dinámica de los mismos y la creatividad, permitieron adaptar y recrear los datos y fueron el elemento clave para encontrar el sentido de la práctica clínica hospitalaria, así como de las diferentes interpretaciones del fenómeno estudiado. Lo anterior fue abordado en el capítulo segundo, tercero y cuarto del presente informe de investigación.

En el quinto capítulo y a partir de las situaciones que vive el estudiante cuando se le exige una determinada actividad frente a los pacientes: en especial el cuidado enfermero ante el nacimiento de un nuevo ser, el cumplimiento de objetivos escolares y la competencia ante situaciones nuevas; se abordan la serie y compleja red de sentimientos por las que atraviesan los estudiantes. Se rescata la idea de los sentimientos desde la implicación individual que se muestra en las expresiones de los estudiantes a través de sus relatos y se deja ver cómo los estudiantes pueden experimentar sentimientos diversos aún con la misma experiencia y/o situación; al mismo tiempo se ubica la complejidad alrededor de la producción de los sentimientos.

En el capítulo sexto, se describe cómo la experiencia práctica de los estudiantes, conlleva la idea no solo de su inclusión técnica en las actividades de los servicios hospitalarios, sino también el desarrollo y potenciación de habilidades intelectuales y cómo el estudiante asume diferentes roles que le hacen significarse de manera singular y diferente al resto de sus compañeros.

Se revisa en el séptimo capítulo el encuentro de dos culturas institucionales: la escuela y la institución de salud y cómo a partir de la dinámica compleja y determinante, sobre todo de la segunda, el estudiante es influenciado por diversos

elementos institucionales, presentes en sus interacciones y que contribuyen a la construcción de sus significados de práctica clínica.

La categoría de interacción es abordada en el octavo capítulo, misma que sirve de base para analizar el proceso activo del estudiante en su dimensión individual y contextual. Lo anterior no deja de lado la influencia que tiene la cultura experiencial de los estudiantes, en el proceso de construcción simbólica, en los modos de interacción, en la conformación de su identidad y en la toma de decisiones.

Cabe señalar, que a fin de comprender los datos empíricos, se utilizaron algunas aportaciones teóricas que permitían vincular el dato, el contexto y las miradas de una situación particular, cuya relevancia lo ameritaba. En este punto se tuvo especial cuidado de no forzar la realidad al dato teórico.

Finalmente y a manera de propuesta se dan a conocer algunos lineamientos generales que se reconocen como necesarios y que sirven de base en el plano curricular; en el plano de formación de profesores; en el plano institucional (educación - salud) y en el plano operacional. Mismos que se pretende den la pauta para iniciar la toma de decisiones, por parte de la Facultad de Enfermería, así como profundizar en el componente práctico a través de la estrategia de investigación educativa a fin de buscar una mejor formación personal y profesional de los estudiantes.

II. Problema de investigación.

2.1. Antecedentes. ¿De dónde surge el estudio?. Trabajos previos.

A través de la experiencia educativa con la formación de jóvenes que pretenden ser Licenciados en Enfermería se han detectado una serie de situaciones que requieren ser abordadas y cuya solución, en ocasiones es urgente su intervención y en otras es tal su complejidad que inevitablemente debieran ser objeto de investigación educativa y cuyo enfoque de la misma pretenda comprender el problema, al cualificar las variables que intervienen en el mismo.

La carrera de Licenciado en Enfermería tiene como propósito esencial el formar enfermeras(os) dedicados a proporcionar cuidados de enfermería, propósito de tal magnitud, obliga a la institución a planear a través del trayecto escolar no sólo elementos relacionados con información básica y complementaria de la disciplina, sino además exponer al alumno a experiencias prácticas que formen su identidad como profesional de la enfermería a partir también de su desarrollo personal.

Es así, que cada profesor, en su ámbito de competencia y desde sus saberes teóricos, prácticos, técnicos y metodológicos busca dar salida al propósito mencionado. El docente para reconciliar su misión, su deber ser y la realidad que enfrenta, también busca espacios de socialización y confrontación que lo lleven a la reflexión sobre los contenidos y formas de abordar la especificidad de su materia; el alumno por su parte comenta, sugiere y en algunas ocasiones exige formas, estrategias, experiencias y contenidos que le sean más "útiles" o "pertinentes" para su formación.

Durante mi experiencia docente, he observado que la práctica clínica de los estudiantes constituye un ámbito de la formación profesional que encierra

múltiples dimensiones que atañen a problemas relacionados con los docentes, con los programas, con la institución de salud y la educativa, con el currículum, con los valores y con la conformación de identidades en el proceso de interacciones con los personajes alrededor de su práctica.

La **práctica clínica** de los estudiantes en las instituciones hospitalarias de segundo nivel^{*}, es un tema poco abordado a través de trabajos de investigación. Al respecto, los esfuerzos realizados por alumnos de séptimo semestre de licenciatura en los programas de investigación, de la Facultad de Enfermería se relacionan con temas técnicos, de conocimiento teórico hacia el cuidado enfermero y de comunicación; que reflejan de manera muy distante y más bien formal lo que ocurre en la práctica clínica; por ejemplo existen estudios que muestran la relación entre lo que conocen las enfermeras de un tema "X" y su ejercicio profesional.

En otros estudios se aborda lo que conocen y hacen los estudiantes; así mismo existen investigaciones que se relacionan con la descripción de la comunicación enfermera – paciente. Estos trabajos son abordados con aceptable rigor metodológico y algunos de ellos son, desde el enfoque cuantitativo motivo de orgullo. Últimamente algunos subgrupos de estudiantes han realizado intentos que se ubican en el enfoque cualitativo de investigación.

El único estudio que tiene una relación indirecta con el presente trabajo cuyo título es: "Hacia una definición del perfil de instructor clínico a partir de su percepción y desempeño", fue elaborado en 1989 por (Chávez, Padilla, Salazar), profesores de la Facultad de Enfermería de la U.A.S.L.P. como parte del curso complementario de Licenciatura en Enfermería; plantea desde un enfoque cuantitativo el reconocimiento de la labor del instructor clínico, la importancia de la

^{*} Se reconocen como instituciones de segundo nivel aquellas que proporcionan atención de ginecología, obstetricia, pediatría y cirugía según el planteamiento del Sistema Nacional de Salud.

delimitación de actividades y la carencia de introducción al puesto con la consiguiente reproducción del rol; así mismo se incluye la percepción que tiene el alumno del instructor.

Por lo anterior se concluye que no existe ningún estudio de investigación educativa en la Facultad de Enfermería que recupere al estudiante en su experiencia de la práctica clínica hospitalaria y **que muestre desde él**: ¿Cómo se da el proceso de enseñanza - aprendizaje?, ¿Qué significado le dan a su experiencia en su práctica clínica?, ¿Cuáles y qué contenidos conforman las interacciones con todos los sujetos que intervienen en la práctica clínica de los estudiantes?.

Algunas respuestas a éstas preguntas han sido contestadas por aquellos estudiantes que se acercan al docente, algunas veces llorando, otras emocionados, otras decepcionados y que dejan ver el descuido en que se ha incurrido tanto de la institución de salud como de la institución educativa: "he decidido abandonar la carrera ya que hoy se me murió un paciente y no pude hacer nada por él", "... cuando nació el bebé me desmayé... he decidido nunca tener bebés", "... realmente nunca pensé que las enfermeras fueran tan deshumanizadas", "... es muy padre cuando la enfermera o la maestra te felicita, pero es más padre cuando el paciente te dice... gracias", "... me hubiera gustado haber recibido la teoría primero y después la práctica...".

Todo lo anterior nos permite ubicar múltiples problemas y dimensiones susceptibles de ser sistematizados a través de investigación educativa y con enfoques cuantitativos y cualitativos que evidencien problemas y posibles soluciones vinculados con la formación de los estudiantes.

2.2. Marco contextual.

Cotidianamente en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, los maestros y estudiantes realizan su función en las aulas y otros ámbitos seleccionados a fin de concretar las prácticas de enseñanza que complementan la formación profesional.

La formación de profesionales es, en los hechos, la razón de ser de la Facultad y en general de la Universidad como entidad pública. Así se encuentra manifestado en la normatividad de la U.A.S.L.P.... "Artículo 1º. La Universidad Autónoma de San Luis Potosí es una institución al servicio de la sociedad, que tiene por objeto la difusión de la cultura, la realización de la investigación y la formación de profesionales..." (Estatuto Orgánico de la U.A.S.L.P. 1983. p.5).

Por otra parte entre las funciones universitarias se menciona "... Artículo 60. El proceso de enseñanza – aprendizaje se realiza con la aplicación de los planes de estudio, los que contendrán la curricula de asignaturas, las unidades temáticas de contenidos, los objetivos de cada materia, los métodos y prácticas para alcanzarlos, los procedimientos de evaluación y los demás requisitos para acreditar un ciclo, curso, nivel o grado académico..."(Estatuto Orgánico de la U.A.S.L.P. 1983. p.15). Este marco normativo sirve de base para que la Facultad de Enfermería desarrolle su plan de estudios a través de sus programas teóricos y prácticos.

La carrera de Licenciado en Enfermería se encuentra organizada en ocho semestres y al término de los mismos, el alumno realiza un año de Servicio Social. En cada uno de los semestres se encuentran materias eje, que de manera específica, corresponden a diferentes áreas de desarrollo de la Enfermería y de acuerdo al ciclo vital humano. A partir del segundo semestre, los estudiantes se incorporan a prácticas de enseñanza en las cuales, se supone, aplican e integran

conocimientos que se revisan en la materia eje de enfermería de cada semestre, así como otras materias que se imparten en el mismo.

La práctica en el segundo semestre no incluye actividades que de manera directa procedan hacia el cuidado enfermero por parte de los estudiantes; es a partir del tercer semestre en el que los estudiantes ingresan a la práctica hospitalaria para potenciar el desarrollo de procedimientos técnicos en el cuidado enfermero, mismos que forman parte de los fundamentos técnicos de la formación de la enfermera.

En el cuarto semestre los alumnos tienen programadas sus prácticas en comunidad y hospital, el contenido temático que demanda su estancia en práctica lo constituye el programa llamado: "Atención de Enfermería Materno - Infantil". Este programa en la parte teórica tiene el objetivo de realizar un acercamiento a los problemas de salud de la población materno – infantil, así como las políticas, estrategias y programas institucionales dirigidos a esta población.

Se revisan contenidos sobre anatomía, fisiología y psicología de los adolescentes. Los alumnos participan como orientadores en la satisfacción de necesidades de esta etapa. Se abordan temas de fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de los problemas ginecológicos concomitantes al inicio, desarrollo y terminación de la función reproductora. Los alumnos participan en la prevención, detección oportuna y tratamiento de los mismos, en el primero y segundo nivel de atención.

Finalmente se revisan los procesos fisiológicos y patológicos del embarazo, parto, puerperio y lactancia con la finalidad de fundamentar la atención de enfermería, incluyendo la atención inmediata al recién nacido en el primero y segundo nivel de atención.

Los dos párrafos anteriores constituyen los grandes objetivos a cumplir en la práctica que se supone se relaciona con la teoría. En este cuarto semestre además de esta materia se integran otras dos: Psicología I, que centra su atención en la dinámica familiar y su influencia en las etapas de ciclo reproductivo; Investigación II, donde se brindan elementos al alumno para la elaboración de un protocolo de investigación.

La práctica clínica como ámbito de experiencia, incluye un tiempo aproximado de 14 semanas y se realiza en los servicios de prenatal, planificación familiar, diagnóstico oportuno del cáncer, área tocoquirúrgica y gineco – obstetricia. El total de alumnos se divide en cuatro áreas de práctica, en cada una se tiene una permanencia por alumno de 14 días en promedio. Se utilizan los espacios de cuatro instituciones de salud: una institución de segundo nivel descentralizada, dos instituciones de seguridad social y una institución gubernamental, también se realizan prácticas en la comunidad.

El aprendizaje teórico-práctico de los alumnos, se orienta con una metodología que lleve al alumno de la observación y experimentación de situaciones reales hacia la revisión de la base teórica y los principios científicos que sustenten cada actividad o situación, retroalimentándose nuevamente con la práctica.

La situación o experiencia de aprendizaje es ofrecida al estudiante de acuerdo a los objetivos del programa, y se establece cierta flexibilidad según sus necesidades. La metodología, las funciones a realizar y la evaluación del estudiante en los servicios elegidos se describen en el anexo no. 1.

III. Problemática y construcción del objeto de estudio.

El área de tócoquirúrgica está a la entrada del hospital, en la planta baja y consta de una sala de espera y un área de consultorios, donde son recibidas las señoras embarazadas que están a punto de dar a luz, también se reciben mujeres que presentan sangrado transvaginal cuyo resultado esperado puede ser un aborto o un parto prematuro, por último se reciben mujeres que tienen problemas ginecológicos, siendo lo más frecuente algún tipo de cáncer.

Cuando han sido revisadas por el personal médico y de enfermería (en este caso solo hablaremos de las pacientes embarazadas cuyo proceso biológico termina en parto normal) pasan a otra área que se llama **sala de labor** en donde se controlan sus contracciones, se canaliza en vena, se aplica una solución fisiológica y medicamentos; así mismo se controla la frecuencia cardíaca fetal, entre otras cosas.

En esta área existen 18 camas distribuidas en dos secciones, una frente a la otra. Es bastante frecuente que dicha área se encuentre llena y en ocasiones existen hasta 31 pacientes; por lo que las pacientes que no alcanzan cama se sientan en sillas de ruedas. Existe el problema de concentración en esta área no solo por las embarazadas, sino que se agregan las mujeres con problemas relacionados con aborto y que pasarán a quirófano para que se les practique "el legrado"; las mujeres de parto prematuro y las pacientes de ginecología, también se reciben en esta área.

Existe mucho tránsito de personal médico, de enfermería y de laboratorio; el ambiente es muy tenso ante las diferentes manifestaciones de angustia de las pacientes en periodo de trabajo de parto: llanto, angustia, gritos y demandas. A lo anterior se agrega la estancia de los estudiantes de enfermería y de medicina. Este espacio es un área cerrada, no funciona la ventilación, no existe la

iluminación natural y desde del punto de vista de la higiene laboral, esto crea procesos de desgaste profesional en todos los que ahí trabajan. Las pacientes también sufren del ambiente por lo que sus reacciones psicológicas y físicas se ven aumentadas, por ejemplo, es común ver a las pacientes diaforéticas (sudoración profusa).

La distancia entre cama y cama es de 60 cm cuando la norma habla de que sean de 120 cm, el espacio para el tránsito a fin de realizar los procedimientos a las pacientes se dificulta. Los colchones de las camas son de hule para facilitar la limpieza pero esto también genera alta cantidad de calor en las pacientes y en el ambiente, este puede llegar hasta los 25 y 27 grados según la temperatura externa del clima. Para las 18 camas solo existe una jefa de piso, 2 enfermeras generales y una auxiliar de enfermería.

Cuando la paciente ya esta lista para la expulsión del producto se pasa a otra sala llamada **sala de expulsión**. En esta institución donde las estudiantes realizaron su práctica, existen tres salas, por demás insuficientes ya que cuando no existe lugar las pacientes pueden tener a su bebé en la cama o en la camilla. Existen un promedio diario de seis partos por turno en cada sala. Lo anterior crea también un ambiente estresante ya que la demanda es mucha y solo existen tres enfermeras para la atención.

La enfermera tiene que atender a la señora, valorar al niño que nació, hacer registros (formato del niño, formato de la madre y el reporte del nacimiento). La enfermera tiene que estar altamente concentrada a fin de no cometer equivocaciones, por ejemplo, es frecuente que cuando nacen varios niños al mismo tiempo, tiene que identificarlos inmediatamente para que no exista confusión que más adelante derive de un problema legal. Los cuidados tienen que extremarse también, ya que la señora se da cuenta de esta situación y ella puede quedar confundida y realizar reclamos.

Cuando la paciente ya fue atendida en su parto y al niño se le han realizado los cuidados inmediatos (aspiración de secreciones, limpieza general del cuerpo, valoración física, identificación, etc.), es entonces que la enfermera tramita su estancia de la paciente al servicio de **puerperio**; este espacio ya cuenta con condiciones acordes a las recomendaciones de higiene y seguridad, el ambiente es menos tenso, existe ventilación e iluminación natural y artificial y aún y cuando el servicio esta lleno el estrés es menor que en el servicio de labor. Las actividades que realizan las enfermeras son: es el vigilar los líquidos intravenosos, el sangrado transvaginal, los signos vitales y la involución uterina, entre otros.

En éste escenario vital los estudiantes realizan su práctica, ellos contrastan la teoría y la realidad durante las frecuentes interacciones y le dan un significado. Se esperaría que la institución de salud sea una especie de extensión en donde se favorezca dar salida a los objetivos escolares de manera efectiva. Pero esto no sucede así, fuera de la escuela el estudiante se encuentra con lenguajes, acciones, comportamientos, normatividades e interacciones que supeditan sus propósitos escolares a la realidad cotidiana de lo que sucede en la institución de salud y que no es escolar propiamente aún y cuando también se afirma que, paralelo a esto están de alguna manera los propósitos escolares.

Es así que la realidad de la práctica clínica hospitalaria se concreta en un espacio de la práctica profesional de las enfermeras y de otros profesionales; y sus actividades e implicaciones son distintas a las de la institución escolar. Las circunstancias de la vida escolar y las de la institución de salud vienen a constituirse en dos culturas en las cuales se desarrollan actividades específicas y donde las normas, los valores, los ritos y los guiones son distintos. La cultura sería el:

conjunto de significados y expectativas y comportamientos compartidos por un determinado grupo social que facilitan y ordenan, limitan y potencian, los

intercambios sociales, las producciones simbólicas y materiales y las relaciones individuales y colectivas dentro de un marco espacial y temporal determinado. Es el resultado de la construcción social contingente a las condiciones materiales, sociales y espirituales que dominan un espacio y un tiempo. Se expresa en significados, valores y sentimientos que rodean la vida individual y colectiva de la comunidad. Como consecuencia de su carácter contingente, parcial y provisional, la cultura no es un algoritmo matemático que se cumple indefectiblemente, ha de considerarse siempre como un texto ambiguo que es necesario interpretar indefinidamente. (Pérez Gómez, 2000, pp 16-17).

Ante esto es pertinente preguntarme ¿Qué es lo que motiva al estudiante el que se implique en la práctica clínica hospitalaria?, ¿Existe acaso un antecedente en su experiencia de vida personal para que interactúe y signifique su práctica?. La respuesta a éstas preguntas me obliga a dar cuenta de mi subjetividad en torno al problema:

“La experiencia de haber sido formada como enfermera general a través de contenidos teóricos y prácticos en cada uno de los programas que contemplaba el plan de estudios de la Escuela de Enfermería (1972-1975), fue doblemente gratificante; por elegir la carrera como forma de vida y por el gusto de formarme en lo que siempre había querido ser.

Esta identificación del ser la reafirmaba en cada momento de mi práctica clínica hospitalaria, el ser y hacer se conjugaban y facilitaban el saber. El saber y el hacer eran apoyados en teoría y práctica por los maestros; en la mayoría de los casos la relación personal y profesional con ellos, fue gratificante. Esto se evidenciaba por no existir conflictos, por tener “apoyo” ante situaciones urgentes y complejas, por la orientación sabia, oportuna y con base teórica acerca de la atención a los pacientes (el término atención, hoy en día también puede ser usado como cuidado, aunque en su origen e implicación no significa lo mismo).

El principal conflicto y angustia que experimentaba con la maestra cuando “iba a verme” era que me preguntara teoría y que tuviera la capacidad de responderle en muchos casos de memoria; por ejemplo si la

maestra me encontraba tomando la presión a un paciente, tenía que ser capaz de dar la definición al pie de la letra, decir en algunos casos, toda la dinámica de la circulación (lo cual es complejo), comentar acerca de las cifras normales y anormales con el respectivo término técnico para su identificación; todo esto al mismo tiempo que realizaba el procedimiento con un paciente concreto. En ocasiones experimentaba vergüenza porque la visita de la maestra era una verdadera inquisición al realizar una tras otra pregunta sin dar tiempo a pensarlas y contestarlas.

Cuando la maestra no se encontraba conmigo "era libre", me desenvolvía tal como era, ni siquiera las enfermeras y los médicos de los servicios me intimidaban y los pacientes mostraban afecto y reconocimiento a mi "trabajo" (este no era visto como práctica). El trabajo lo entendía como una gran carga de actividades asignadas por las enfermeras, en ocasiones derivado de mi propia iniciativa, así como también por las exigencias de los pacientes, los cuales no distinguían muchas veces si eras trabajadora de la institución o estudiante.

El sentir que mi corazón temblaba cuando entraba al hospital; cuando experimentaba por iniciativa propia un procedimiento y me salía bien; cuando con mi presencia y "platica" lograba que un paciente se bañara y lo ponía "guapo", le cortaba el pelo, lo rasuraba y me daba cuenta cómo cambiaba físicamente a tal grado que cuando los familiares llegaban sentían un enorme gusto al verlo y lo asociaban con mejoría. Ellos eran agradecidos con mi trabajo, en ocasiones me regalaban una naranja, un plátano, un chocolate...

Sin embargo no todo era así, por todo un año tuve que "cargar" la "culpa" de un paciente que mi maestra me asignó para su atención en mi periodo de práctica (3 o 4 semanas) y que de repente un día se puso grave y se murió; además me tocó amortajarlo y ver el dolor de los familiares al gritar por todo el pasillo la inconformidad con Dios o con el evento en sí.

A mi manera me solidaricé con su dolor, lloraba y rechazaba la situación, pero además me sentía culpable. En el momento en que experimenté el llanto, el docente me vio, sentí su comprensión, pero inmediatamente se

fue sin decir nada. Sentir por un año la culpa me obligó a tomar decisiones; la racionalización del problema se centró en tener más conocimientos teóricos pero más que nada "más práctica" (aquí se convierte a nivel del pensamiento el "trabajo" en "práctica").

Lo anterior me sirvió para fijarme la estrategia de entrar, en el segundo año de la carrera a trabajar en el mismo lugar donde se realizaba la mayoría de las prácticas, un hospital descentralizado de segundo nivel de atención dedicado a proporcionar atención respecto a cuidados a pacientes que requieren para su atención el ser hospitalizados.

El proceso de "curación" hacia la "culpa" fue posible gracias a que pude ubicar que el problema de enfrentar la muerte no se circunscribía a conocimientos teóricos, y que iba más allá; es decir, tenía relación con un proceso humano de enfermedad. Así mismo que tenía que ver con los recursos espirituales, la manera de ser y de pensar como persona y el papel que como enfermera jugaba en este proceso.

Por otra parte, también me daba cuenta que cada paciente me demandaba cosas diferentes; al enfrentar esta situación recordaba lo que la teoría mencionaba al iniciar cualquier procedimiento: "preparación psicológica al paciente" y esto se sentía vacío y fuera que estuviera al inicio, o al final del procedimiento, tenía los mismos efectos para quien lo iba a realizar: nada.

Mis recursos como estudiante y trabajadora eran lo que yo me sintiera capaz de construir de acuerdo a mi compromiso. Aprendía en ocasiones de la habilidad de las enfermeras, por imitación por un tiempo, aunque luego sentía que la actuación imitada no correspondía por igual en todas las situaciones de la realidad.

El ser contratada como trabajadora nocturna, y ser estudiante al mismo tiempo abrió la posibilidad de ver a la enfermería desde otro ángulo y de comprenderme y comprender a las estudiantes, mis compañeras.

Muchas de las formas acerca de cómo relacionarme con los pacientes; de lo que era y como era cada paciente; de sus demandas en términos psicológicos y de sus miedos, no se acostumbraba comentarlos ni entre

compañeras ni entre docentes ni mucho menos en el ámbito de trabajo hospitalario.

El que mi paciente asignado por la maestra "se me muriera", el que una paciente me demandara toda la mañana sin dejarme ir y reclamarme al otro día que por qué no llegaba, el que una anciana en el trabajo nocturno me dijera: hoy le tocó a la "güerita", hoy si vamos a dormir tranquilos; y el recibir en el turno a una paciente anciana, inmóvil y cubierta solo con una sabana y observarle una escara de un diámetro de aproximadamente 10 cm de extensión, casi sin tejido e infectada con abundantes huevecillos de mosca; me hizo cimbrar al reconocer de la importancia que tenía mi trabajo como enfermera.

El resultado de esto fue querer más mi profesión, cultivarla y si era posible pelear por su lugar (en muchas ocasiones con el personal médico por el menosprecio al trabajo de las enfermeras). La importancia y la trascendencia como enfermera quedaba más que ratificada al identificarme con la profesión y con mi persona.

Más tarde cuando dejé de ser estudiante y decidí ser maestra para formar estudiantes de enfermería volví a experimentar otra emoción gratificante pero al mismo tiempo adquirí un compromiso aún mayor que el que tuve en mi paso como trabajadora del hospital, que ahora era imprescindible saber y conocer de qué estaba hablando, de la importancia de una excelente orientación en teoría y en la práctica clínica hacia los estudiantes, tenía muchas ideas que provenían de mi experiencia anterior y traté de que los alumnos no pasaran por lo mismo que yo: por la soledad, la culpa y la impotencia.

Sin embargo y a mi juicio, caí en la imitación: como me supervisaron, supervisé. Fueron pocos los intentos de cambio y que aún convencida de hacer algo diferente con y por los estudiantes, no obtuve mayores frutos. Tal vez mi edad cronológica, mi experiencia académica, mi preparación en lo educativo, la cercanía y confianza que me tienen los estudiantes al platicarme sus problemas; así como las nuevas estrategias y contenidos para el acceso, uso y aplicación del conocimiento, me hacen ahora estar

consciente de la realidad.

Considero urgente realizar lecturas no tradicionales acerca de la práctica clínica para que realmente se tomen en cuenta las experiencias de los estudiantes como una dimensión rica que identifique problemas, que promueva la socialización de los mismos y que sea la base que posibilite a la institución tomar su papel protagónico que le corresponde.

El asumir el compromiso implica acercarnos al problema desde los procesos en que se suscitan: en la práctica clínica de los estudiantes. Sus interacciones, emociones, culpas, compromisos, demandas y conocimientos permitirán realizarnos preguntas que soporten reflexiones y trabajos concretos para hacer de la práctica de enseñanza un proceso formativo."

El relato anterior da cuenta de que la escuela y el hospital con todo lo que implican son campos para evidenciar que el que protagoniza una práctica escolar o institucional trae consigo un "cargamento" y "formas de ver y resolver problemas"; es lo que se ha llamado **cultura experiencial**:

una peculiar configuración de significados y comportamientos que los estudiantes de forma particular elaboran, inducidos por su contexto, en su vida previa y paralela a la escuela mediante intercambios "espontáneos" con el medio familiar y social que rodea su existencia. Es la plataforma cognitiva afectiva y comportamental sobre la que se asientan sus interpretaciones acerca de la realidad, sus proyectos de intervención en ella, sus hábitos sustantivos, sus comportamientos cotidianos y sus decisiones. (Pérez Gómez, 2000, p.199)

Lo anterior viene a constituir una infraestructura que es inherente a los estudiantes y que se confronta con dos realidades y culturas opuestas: la cultura institucional de la escuela y de la institución de salud, al respecto y siguiendo el concepto de cultura antes mencionado se expresa y agrega que la **cultura institucional** nos habla de "aquellas precisiones concretas que se encuentran presentes en los roles, normas, rutinas y ritos propios de la institución".(Pérez Gómez, 2000, p.17).

Hasta aquí he reconocido que la práctica clínica en el hospital ejercida, por los estudiantes implica comprender la diferenciación que conlleva en cada estudiante su cultura experiencial y que al entrar al interjuego con la o las culturas institucionales, su experiencia tomara diferentes formas, es decir su práctica se alimentará de una pluralidad de significados y de su propia capacidad de construir y aprender; todo ello dependerá de procesos mayores, como lo son las **interacciones** es decir de:

procesos activos, menciona Vigotsky y Brunner, entre realidad y sujeto en la construcción de conocimientos, sentimientos y conductos y en donde la dimensión cultural proporciona pautas que delimitan las formas de interacción, sus contenidos y sus productos, pero también tienen una dimensión individual producto de la experiencia. cit. en Pérez Gómez. (2000, p.207).

¿Es posible que las interacciones sean la base de la práctica clínica de los estudiantes?, ¿Qué se produce en el estudiante, cuando de lo que se habla es de una práctica clínica de enfermería con una naturaleza específica?. Si se parte de la pretensión de que la formación de Licenciados en Enfermería, parafraseando a Bertha Orozco Fuentes(1998), debe trascender el plano de la formación de enfermeras solo ejecutantes, consumidoras de información y determinadas por el lenguaje performativo; estamos hablando entonces, de una formación que pretende situar al alumno dentro de la complejidad social de su práctica, en la cual existen grandes contradicciones y donde el alumno puede tomar un papel relevante al negociar, reconstruir y elaborar proyectos conjuntamente con la escuela y la institución de salud donde se pueden visualizar espacios, momentos y situaciones de aprendizaje para el logro de lo anterior.

Por tanto entender la complejidad, situarse en ella y elaborar propuestas de intervención, obliga a reconocer desde un plano social y cultural que las interacciones constituyen la base para propiciar lo anterior y para favorecer la formación de significados.

Este proceso de construcción de **significados** según Pérez Gómez (2000), menciona que están en constante evolución y que la unión de "sentimientos y comportamientos construyen la base de la historia de vida", de cada estudiante... – sigue diciendo- que: "se identifican dos polos en el proceso de construcción: uno subjetivo y uno social. Los dos se relacionan íntimamente y forman una unidad en la construcción de significados grupales y colectivos"...(p.208).

Sobre todo en la profesión de enfermería y en concreto en el período de la formación práctica, no podría hablar nunca de la no existencia de interacciones y producción de significados, ya que la naturaleza del cuidado enfermero en el ámbito hospitalario siempre va a depender de diversas y complejas relaciones de apoyo: estudiante-médico, estudiante-paciente, etc., ya que si el objetivo de atención –en este caso el paciente- requiere del servicio de salud y en éste existen personajes que cumplen funciones diferentes, es entonces que siempre va a existir un equipo que logre satisfacer su demanda cuando se habla de atención de enfermería. Por otra parte en este estudio se hace referencia a la atención durante el trabajo de parto, en el período expulsivo y en el puerperio inmediato (después del nacimiento del niño); lo que incluye la satisfacción de necesidades humanas básicas y la compleja integración de lo biológico, psicológico y social en la atención a la mujer.

El cuidado enfermero, alude a una relación de comunicación, de empatía, de liderazgo, en donde se reconoce que la mujer que atraviesa por una situación de dolor, de dificultad y de angustia; tal vez en contraste con alegría y desilusión, pueda ser considerada como el ser humano que espera ser tratado desde lo que implica su especificidad de mujer. En todo este macroproceso se intercambian sentimientos y éstos se constituyen desde la cultura experiencial, "como el motor original de los movimientos individuales",... pero además son los factores más importantes que intervienen en la construcción de significados". (Pérez Gómez, 2000, p.212)

En la experiencia directa de los estudiantes con los pacientes es inherente la presencia de sentimientos; tales como el conflicto, el miedo, la angustia, la alegría, etc, y éstos van a connotar su experiencia, su conocimiento y su comportamiento; pero además permite al estudiante confrontarse con el mismo, a través de la experiencia de sentir y verse implicado en la situación del cuidado enfermero. "Lo que somos es la expresión de nuestros sentimientos. Sentir es inherente de la acción y pensamiento y no un mero acompañamiento".(Heller, Agnes, 1999, p.21).

En mi experiencia concreta de la formación de los estudiantes en la práctica clínica, he observado que el alumno al experimentar por primera ocasión la implementación del proceso del cuidado enfermero en las mujeres, ya sea al término de su embarazo, en el período de expulsión y en el cuidado inmediato al recién nacido, se convierte en una potente experiencia que esperan con ansia (tal vez porque la mayoría son mujeres, o por el bebé que recibirán para sus cuidados); ya que se entrecruzan sentimientos contrarios: alegría-frustración, apoyo-conflicto, etc, que pueden potencializar su formación en la práctica clínica.

Muchas de las veces los mismos procesos coercitivos de la institución, las rutinas y el modelo organizativo orienta, producen y determinan sentimientos. Esta situación se inscribe en lo que Luckmann (1996) menciona como concepto de institución, al referir que: "las instituciones organizan la solución de problemas humanos fundamentales y gobiernan las partes de la acción social", además, "liberan al individuo al proporcionar un patrón de soluciones",... así, "garantizan y conservan la permanencia del orden social".(p.119).

Esta situación, en lo que corresponde a la institución escolar debería ser ampliamente reflexionada, ya que entran en juego, tal vez, los ideales en cuanto a conocimientos, el ejercicio de valores éticos y morales en la formación de la práctica. Es así que la institución escolar puede ser reconocida como un espacio significativo en la conformación de identidades que impliquen al alumno a pensar y

a visualizar posibilidades de intervención y transformación de su práctica como estudiante con un papel protagónico y de propuesta (Lourau), y está inscrita en su práctica profesional. Diría Hannah Arendt en relación a la práctica:

Es la actividad en cualquier condición humana vinculada al sentido y gran potencial de transformación cuya base son las interacciones, a través del ejercicio individual y colectivo de la phronesis (acciones que expresan lo que debe hacerse) que guie a la práctica profesional, defina sus límites y visualice la potencialidad para rebasarlos y/o reconstruirlos. (cit. en Langford, Glen, 1999, p.69-71)

Acercarse al estudio de la práctica clínica a través de un trabajo de investigación, desde la perspectiva analítica antes mencionada tendría como **propósito**:

Rescatar las variadas, divergentes y complejas situaciones por las que pasa el estudiante en la práctica clínica hospitalaria, a fin de identificar en éste primer acercamiento las múltiples conceptualizaciones que tiene el estudiante como persona, los elementos que intervienen y le son propios a la institución de salud; y los relacionados con los elementos subjetivos del currículum de la Facultad de Enfermería de la UASLP.

A partir de esta intencionalidad se formula el siguiente objetivo general:

Indagar desde los relatos escritos por los estudiantes del cuarto semestre de la carrera de Licenciado de Enfermería de la UASLP del periodo enero – junio 1999, los significados y las interacciones que se generan en la práctica clínica hospitalaria como parte de su formación profesional.

Considerar que la práctica clínica es un espacio de formación de estudiantes y que en éste suceden múltiples interacciones y significados que marcan de manera decisiva a la estudiante para la conformación de su identidad profesional, posibilita plantearme las siguientes preguntas de investigación en el

presente estudio, mismas que vienen a constituir el espíritu que guiará y perfilará el rumbo de la misma:

¿Cuáles son los significados que se producen en los estudiantes, durante su práctica clínica hospitalaria?

¿Qué interacciones suceden en el ámbito hospitalario durante la práctica clínica entre los estudiantes y los diferentes actores?

La práctica clínica será considerada como aquella que los estudiantes realizan en los servicios de: labor, expulsión y sala de puerperio, de un hospital de seguridad social de la capital del Estado de San Luis Potosí. Se tomarán como actores del presente estudio a: las enfermeras, los pacientes, los médicos y los maestros.

IV. Consideraciones metodológicas

La elección del diseño metodológico es un proceso de construcción en donde se tomó como referencia el primer acercamiento a los datos, los objetivos y las preguntas de investigación, mismas que se fueron reconstruyendo y afinando a lo largo del proceso.

A continuación se describen las principales estrategias y procedimientos:

4.1. Elección del tipo de estudio.

El enfoque del estudio fue cualitativo, descriptivo e interpretativo en cuanto que pretendió describir de manera detallada y ordenada las características del fenómeno, esto es, analizar desde la redacción de los relatos personales de los estudiantes, la significación que tienen de la práctica clínica; se buscó el orden en los mismos, las diferencias, las semejanzas y lo extraordinario a fin de reconocer y reconstruir la realidad como un proceso que recupera su sentido dentro del contexto social – institucional hospitalario en donde se desarrolla la práctica.

Se visualizó la realidad solamente desde lo narrado por el alumno y no desde la presencia del investigador; sin embargo, el escenario no es desconocido, más bien es familiar en tanto que quien esto escribe tiene experiencia profesional en los servicios seleccionados.

4.2. Unidades de análisis.

Se analizaron 16 relatos de estudiantes respecto de días extraordinarios; tomando como extraordinario aquello que no correspondía a la rutina, más sin embargo los estudiantes lo consideraban que había dejado huella en su ser personal y profesional.

4.3. Universo de trabajo.

Los estudiantes seleccionados fueron del cuarto semestre de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí del período enero – junio del 1999 y que se encontraban cursando el programa de "Atención de Enfermería Materno – Infantil", mismo que contempla, teoría en aula y práctica en el medio hospitalario.

Los alumnos cursaban por primera vez la materia, prácticamente en ésta etapa se encontraban a la mitad de la Licenciatura en Enfermería, conformaban el grupo "C"; y era la primera vez que realizaban sus prácticas en los servicios de tocoquirúrgica (dentro de ésta: la sala de labor y la sala de expulsión) y de puerperio.

El promedio de edad fue de diecinueve años, quince de ellos eran del sexo femenino y uno masculino, no trabajaban, sólo estudiaban y habían sido regulares en su récord académico. Como dato sobresaliente fue un grupo siempre dispuesto

a participar en la investigación a pesar que ellos mismos comentaban su fama dentro de la Facultad de Enfermería como "grupo rebelde, flojo y apático".

Este grupo fue elegido por conveniencia ya que a la par de la materia que apoya la práctica clínica hospitalaria desde donde hicieron sus relatos, y conocer a los estudiantes en su proceso de experiencia práctica favoreció una relación empática que lograba obtener de ellos expresiones espontáneas, en una relación de confianza y de intimidad, lo que potenció finalmente la elaboración de sus relatos.

4.4. Técnica y procedimiento para recolectar la información.

Solicité a los alumnos un relato de un día extraordinario de su práctica clínica hospitalaria. Para su entrega la inducción textual previa que realicé fue la siguiente:

"Realicen por escrito en un mínimo de una cuartilla una experiencia acerca de un día extraordinario, tomando como lo extraordinario aquello que piensen y sientan que haya trascendido en su formación personal y profesional". Se mencionó que fuera opcional si era escrito a mano, o a máquina (mecánica o computadora). Se recibieron un total de 16 relatos (anexo 2).

Los servicios desde donde se desprendieron sus relatos correspondieron a una institución de seguridad social y fueron: área tocoquirúrgica (sala de labor y sala de expulsión), y el servicio de puerperio.

4.5. El trabajo con los datos.¹

¹ Estas etapas fueron basadas en la propuesta que hace Taylor (1987) acerca de la investigación cualitativa y en concreto cuando plantea el que el investigador analiza y codifica sus propios datos; lo dinámico y creativo son los elementos básicos que posibilitan la comprensión de lo estudiado, a través del refinamiento de las interpretaciones y arribar a encontrar el sentido del fenómeno estudiado. Algunas etapas planteadas por el autor fueron adaptadas y recreadas por el investigador atendiendo a los objetivos de la investigación.

4.5.1 Lectura cuidadosa y repetida de los relatos.

El haber obtenido los relatos fue altamente impresionante ya que lo escrito develaba un sinfín de situaciones y/o problemas prácticos que daban lugar a una serie de aristas y que pudieron ser, todos, motivo de problema de investigación.

La complejidad del contenido de los 16 relatos de días extraordinarios, me planteaba un reto; por lo que fue necesario leer repetidamente la información a la vez que se iba anotando con lápiz y en los márgenes izquierdo y derecho toda la serie de ideas que me evocaban las líneas o bien los párrafos.

Volví a leer después de un tiempo las narrativas y las notas al margen, tratando de observar que éstos últimos realmente evidenciaran mi intuición y lo que había pensado, es decir, ¿La nota al margen realmente quería decir lo que yo pensaba o me evocaba el dato?.

Posteriormente anoté todas las frases que consideré sobresalientes y que por sí mismas representaban problemas, hice un listado a través de un proceso de selección por el método de semejanzas y diferencias, que plantea De Sánchez Margarita, (1993. p.p.78-100) como parte del desarrollo de las habilidades del pensamiento para el abordaje de la información; las semejanzas se refieren a encontrar las características más sobresalientes y parecidas entre sí; al mismo tiempo las diferencias implicaban la observación profunda de las características diferentes de las frases. Estos procesos: semejanzas y diferencias fueron la base para discernir por comparación los grandes grupos de frases.

Se armaron paquetes de frases y se trató de ver a que se referían, es decir, cual era el concepto – frase cuyo nombre albergaría el paquete de fragmentos seleccionados de los relatos. Es así como se seleccionaron las categorías iniciales y para evidenciar de manera más didáctica este trabajo se hizo una "sábana" es

decir un esquema en papel cuadriculado en donde en el eje de la "X" se anotaron las categorías y en el eje de las "Y" se anotaba el número del relato; el cruce era el contenido, precisamente la frase textual de cada uno de los relatos que representaba a la categoría. (anexo 3). Las categorías iniciales fueron: las condiciones de la práctica, la situación, el resultado y los recursos con el que el alumno enfrentaba la situación; ya sea en recursos cognitivos, técnicos y los relacionados con las habilidades de comunicación.

Sin recuperar teoría y atendiendo a la intuición y al conocimiento previo, realizaba anotaciones de temas y de relaciones, con algún concepto teórico de autores vinculados con las categorías y las frases típicas incluidas en las mismas; esto se menciona por diferentes autores como una recomendación de lo que no se debe hacer sobre todo de acuerdo al propósito del estudio; pero en el "hacer" investigación el pensamiento del investigador no puede ser controlado. Sin embargo se reconoce que a la vez que existe autonomía en el pensamiento este fue subordinado para responder y acceder al rigor metodológico que me impuso el estudio.

Esta primera etapa fue clave ya que los objetivos y las preguntas de investigación se refinaron y se delimitaron aún más, también favoreció la elaboración del esquema de la estructura analítico – conceptual. (anexo 4).

4.5.2 Desarrollo de conceptos y proposiciones teóricas.

Una vez que se tuvieron las categorías , se procedió a releer otra vez los relatos y la sábana de categorías. Cada categoría de cada relato se anotó en una tarjeta media carta con su respectiva ficha de identificación; una vez organizado esto, se anotó al lado derecho del texto correspondiente a cada categoría el concepto que la mayoría de las veces era redactado tal y como lo mencionaba el estudiante con sus relatos.

Estos se comparaban entre sí, se relacionaba con el contexto, se buscaban temas o conceptos más incluyentes y entonces se redactaban proposiciones, en algunas ocasiones en forma declarativa y/o interrogativa, la mayoría de las veces. En ésta parte se diseñó otra sábana o esquema que pretendió trabajar principalmente con conceptos, proposiciones y especificidad contextual.(anexo 5).

4.5.3 Fase de codificación.

4.5.3.1. Desarrollo de categorías de codificación.

Se revisó nuevamente la sábana de categorización, (anexo 3) y la sábana de contextualización horizontal de los datos, (anexo 5), para tratar de encontrar un sistema de relaciones, (ver anexo 6) y que permitiera refinar aún mas los datos. Primero se realizó de manera cuantitativa y después se volvió a revisar la lista de conceptos y proposiciones a fin de ubicar una lista maestra de categorías. (anexo 7).

4.5.3.2. Codificación y separación de todos los datos.

Después de elaborar la lista maestra de categorías y subcategorías, se hizo necesario ponerles nomenclatura a fin de ubicarlas más adelante, en todos las proposiciones y conceptos.

Por ejemplo sentimientos tenía el no. 1 y de ahí 1.1, 1.2, 1.3, etc de todos los sentimientos posibles que aparecían (lista maestra), después en la sábana de conceptos, proposiciones y contexto se iban revisando los conceptos y se anotaba el número correspondiente, si aparecía impresión tenía 1.2; asombro tenía 1.3. y así sucesivamente.

Posteriormente se ubicaron las situaciones relacionadas con la lista de proposiciones por ejemplo en la categoría de codificación: número I la primera experiencia, la subcategoría fue sentimientos y la agrupación quedó como sigue:

- a) El nacimiento del bebé; expectativas.
- b) Exigencias en la competencia técnica en situaciones de urgencia. Trabajo interdisciplinario. Toma de decisiones del estudiante.
- c) Enfrentamiento a situaciones nuevas. Apoyos al estudiante.
- d) Expresión de sentimientos.
- e) El conflicto en el hospital y su repercusión en el estudiante.
- f) Responsabilidad en el cuidado enfermero.
- g) El concepto de práctica.
- h) Relación entre objetivos escolares y el servicio de tocoquirúrgica y puerperio.

4.5.3.3 Refinamiento del análisis. Elaboración previa del índice para la organización del contenido del trabajo.

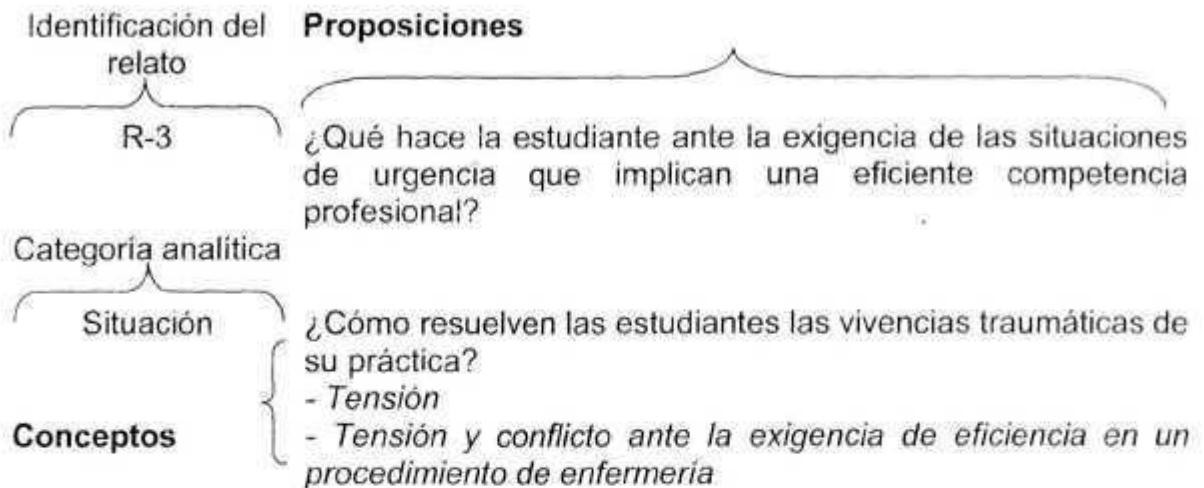
Los incisos del punto anterior fueron reagrupados y la lista final sirvió como base del índice para organizar la redacción del trabajo, -siguiendo el ejemplo anterior- quedó como sigue:

Claves	Frecuencia	Subcapítulos	Sentimientos
R-2.CS, S, R R-3.S R-4.S R-12.R	6	Exigencias de competencias profesionales ante situaciones nuevas.	Nerviosismo en la primera experiencia, conflicto, apoyo, angustia del personal médico, resolución del conflicto, susto, miedo, ante la tensión y conflicto ante la demanda de la eficiencia del procedimiento, impresión, impotencia, desorientación, inseguridad, contradicción, apoyo, dificultad, angustia, conflicto, estrés.
R-1.S R-3.S R-4.CS R-7.CS R-9.S R-15.R	6	El nacimiento de un nuevo ser, Expectativas.	Empatía, impresión, asombro, identificación, sentimientos encontrados vs asombro, alegría inolvidable, emoción y alegría de una nueva vida, tensión, miedo, inseguridad.
R-5.S, R R-6.S R-12.R R-13.R	5	El cuidado enfermero. Responsabilidades y conflictos.	Conflicto, frustración, enojo, molestia, angustia, estrés, miedo, culpabilidad, inconformidad.
R-6.CS R-16.CS, R	3	Objetivos escolares y hospitalarios. El concepto de práctica.	Tensión, relación teoría – práctica, el PAE como logro del vínculo teoría – práctica, satisfacción por realizar actividades científico – técnicas y por la utilización del proceso de atención de enfermería como instrumento universal.

Como se puede observar en la primera columna aparecen los relatos identificados, donde R es el relato, el número correspondiente de cada uno y las letras CS, S y R corresponden a la categorización inicial. La columna de frecuencia corresponde al número de relatos que se agruparon dentro de cada subcapítulo y la última columna llamada sentimientos describe todos los sentimientos que se relacionaban con cada subcapítulo.

De ésta manera se concretaron los subtítulos correspondientes a cada capítulo y que formaron parte del índice del trabajo y que favorecieron el proceso de redacción. Para la redacción del informe se retoma la sábana inicial de categorización a fin de leer y tener en cuenta la contextualización del fragmento del relato correspondiente a cada subtítulo anterior. A fin de hacer más ágil el proceso se vació a tarjetas de trabajo el No. del relato, la categoría, la proposición,

y los conceptos con la respectiva nomenclatura proveniente de la lista maestra de categorías. Ejemplo:



4.6 Elaboración por escrito de resultados

La lógica que se trató de guardar en la redacción fue que en primer lugar se partía de las proposiciones, se anotaba la situación que las había originado (fragmento de relato), se vinculaba esto con algún concepto teórico y finalmente se evidenciaba la postura del investigador, el uso de la teoría no fue una regla determinista en el proceso de escritura de tal manera que bloqueara la subjetividad del investigador en el proceso de escritura.

El trabajo profundo de lectura y búsqueda de elementos teóricos vinculados con conceptos y proposiciones fue arduo y difícil sobre todo a fin de mantener el rigor metodológico de no forzar el dato empírico a la teoría.

Los conceptos analíticos desde donde se ubicó el dato empírico se muestran de manera desarrollada en el anexo 8. Estos conceptos fueron seleccionados de manera cuidadosa de tal manera que su enfoque teórico tuviera como principal referente a la realidad empírica. Para encontrar la pertinencia de

esto, se realizaban de manera desarrollada fichas de trabajo y posteriormente se realizaba por escrito su vínculo y ubicación en la investigación. Cabe mencionar que alrededor de los conceptos analíticos ordenadores, se utilizaron otros que los complementaban y éstos aparecen en los pies de página.

Los conceptos sobresalientes fueron: cultura experiencial, significados, interacciones, formación, institución, sentimientos, cultura, cultura institucional y práctica. Estos fueron el hilo conductor del trabajo y su uso dependía de los datos empíricos en cada capítulo del trabajo.

V. Lo complejo y singular de los sentimientos.

Considerar al estudiante como un todo que se implica en los sucesos múltiples y complejos de su práctica clínica hospitalaria, nos remite a reconocer que sí sentir es verse implicado en la experiencia, entonces la serie de sentires son vastos aún y cuando se trate de una misma experiencia: por ejemplo el nacimiento de un niño genera sentimientos de miedo, de angustia, de impresión, etc.

Estos sentimientos, así como todos los que aparecen en el presente capítulo, más que hacer una revisión y clasificación de los mismos pretenden mostrarse en su diversidad de expresiones, como aquellos que mueven al estudiante hacia la implicación en la experiencia y que le dan un sentido connotativo a la misma. Así también como aquellos sentimientos que confrontan al estudiante a nivel personal y profesional y que potencian su toma de decisiones y el reconocimiento de sus recursos de enfrentamiento con la realidad y que suceden a partir de las diversas interacciones concretadas dentro del contexto específico de su práctica clínica.

Los sentimientos no se abordan desde el enfoque "positivo" o "negativo", sino más bien como los motores que llevan al estudiante a expresarse y develarse en sus acciones como persona íntegra; que construye los significados de su práctica a partir de su pasado, es decir de su cultura experiencial (conocimientos, sentimientos y comportamientos previos) y los pone en escena en un contexto para él nuevo y complejo y en donde además la institución impone formas y esquemas a los que él tiene que adecuarse como parte de una cultura institucional.

Por último se ponen de manifiesto el uso de los "guiones" como recursos que, desde el planteamiento de la cultura experiencial, son usados por el

estudiante como individuo o en su relación con la red de significados ya organizados que la institución de salud tiene ya instituidos. Estos guiones, como recursos cognitivos, el estudiante los usa con el fin de interpretar, organizar y orientar sus actividades; mismos que van formando su pensamiento práctico y le dan sentido a sus interacciones.

Los sentimientos como eje transversal del presente capítulo son producidos ante situaciones que tienen que ver con exigencias de su competencia personal, con la responsabilidad del cuidado directo del paciente, concretamente ante el nacimiento de un nuevo ser y finalmente con los objetivos que la escuela le solicita y los objetivos de atención que demandan la institución de salud.

5.1. Exigencias de competencias profesionales ante situaciones nuevas.

En los semestres anteriores al cuarto semestre de su formación, los estudiantes se han enfrentado a conocer e identificar los ámbitos de desempeño de la profesión de enfermería, básicamente el hospital como el dominante, han incursionado en el conocimiento de los procesos básicos (técnicos-metodológicos) en el cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados que generalmente presentan enfermedad; sin embargo, en este semestre la mayoría de su participación es totalmente nueva; en el servicio de área tocoquirúrgica y el servicio de puerperio, se trabaja con el evento llamado parto que no se considera una enfermedad, sino como un evento fisiológico.

Los sujetos del cuidado enfermero son la madre y el niño como producto nuevo de la terminación del proceso fisiológico llamado embarazo; los procedimientos sustantivos en el cuidado son nuevos para el estudiante; la institución a la que acude a realizar su práctica no es conocida y el personal de salud (enfermeras) tampoco lo son; las maestras que imparten la materia en su

mayoría son desconocidas para los estudiantes; el ambiente del servicio hospitalario sobre todo en el área de tocoquirúrgica (vigilancia en el trabajo de parto) y el área de expulsión (nacimiento del bebé) esta integrado por un espacio cerrado al público en general y al resto del personal a menos que cumplan con la normatividad acerca del uso del uniforme (el uniforme de quirófano que incluye bata o pantalón de tela de algodón, gorro, cubrebocas y botas).

Por otra parte aún y cuando el trabajo de parto y la expulsión del producto llevaran un proceso normal, éste requiere de eficiencia, oportunidad y pertinencia en la intervención al cuidado de la madre y el producto.

En este contexto en donde se desarrolla la práctica, la estudiante experimenta sentimientos que forman parte de la misma; por ejemplo: ante el conflicto que enfrenta la alumna en su primera experiencia, ¿Qué tipo de relación establece con el médico, enfermera y paciente, para dar salida en forma rápida y eficiente ante la situación del niño deprimido y de la mujer en choque?, cuando las situaciones de urgencia demandan en el estudiante habilidades, actitudes eficientes, donde el trabajo interdisciplinario es clave en la solución del conflicto:

“entre el interno y yo le decíamos a la paciente que necesitábamos que cooperara para que su bebé pudiera nacer pero la señora no nos hacía caso..... la señora se cansó de pujar y el bebé tardó un poco en nacer, de modo que cuando nació el bebé no respiró inmediatamente, y me puse algo nerviosa, porque yo era la que iba a recibir al bebé, pero como el interno se dio cuenta de que las cosas no andaban muy bien, me acompañó a la cuna térmica y el bebé no reaccionaba, así que entre la enfermera y yo le ayudamos a darle reanimación.... el bebé no quería respirar y habían pasado como cinco minutos y me asusté... el interno comenzaba a desesperarse y que grita ¡mugroso chamaco ya respira! y como por arte de magia el pequeño respiró... gracias a Dios el pequeño no se puso grave...”(R-2,S).

Esta situación descrita y considerada como emergente exige la intervención inmediata del equipo de salud principalmente del médico y donde la estudiante también se siente parte al mencionar:

“me puse algo nerviosa porque yo era la que iba a recibir al bebé”(R-2, S).

La estudiante establece una relación con todos los que interactúa (paciente, médico y enfermera) que refleja un alto compromiso con la embarazada y con el producto. Se puede decir que la estudiante es el centro desde donde se establecieron las interacciones, mismas que permitieron proporcionar atención de salud, la enfermera la apoya en la reanimación del niño, el médico realiza actividades conjuntas con ella y luego la apoya en el cuidado del paciente (niño en situación crítica).

Sin embargo en otra situación emergente que exige actuaciones rápidas y eficientes de parte del personal de enfermería, el estudiante comenta:

“... yo andaba en labor vigilando a otra paciente en trabajo de parto y de repente me gritaron que llevara un Hartman que era urgente, lo lleve y pregunté que pasaba y me dijeron que la señora estaba chocada.., entre el anesthesiólogo y el enfermero me pedían diferentes soluciones... me asusté un poco porque el semblante de la señora no era nada bueno, y se estaba quedando dormida, había que hablarle para que no lo hiciera... cuando despertó la señora estaba bien desorientada y se preocupaba porque les iba a dar de comer a sus hijos, pero le expliqué lo que había sucedido y se ubicó...” (R-2,S)

Finalmente cuando el estudiante reflexiona sobre esta situación y ante los sentimientos de miedo², angustia³ y nerviosismo⁴ que le provocaron, sigue diciendo:

***“gracias a Dios pude controlarme y hacer bien lo que me pedían”...
“ese día me metieron dos sustos pero me sirvieron para darme
cuenta de que puedo actuar bajo presión y que no me dejó vencer
por los nervios”. (R-2, R)***

La estudiante es fuertemente influenciada por una situación en donde emerge su parte afectiva pero ésta misma sirve de base para pensarse a ella misma en relación al control de sus emociones⁵ ante situaciones complejas y emergentes: así como en la revaloración de sus actuaciones prácticas.

Por otra parte el nerviosismo del alumno no solo se provoca ante situaciones que le demandan de su intervención, también ocurre, cuando interactúa con el maestro y éste también le demanda competencias.

***“yo empecé a canalizar a la paciente y llegó la maestra, me dijo que
la canalizara rápido, yo me puse muy nerviosa porque a pesar de que
yo sí sé canalizar, no había estado en una situación así... la maestra
vio que me puse muy nerviosa y me quitó el Jelco... la maestra no
pudo canalizar... estando adentro la maestra la volvió a picar y no
pudo... la enfermera terminó canalizando a la paciente”. (R-3, S)***

² Miedo. Es un estado emocional casi siempre desagradable, cuyo origen puede ser una experiencia que se enfrenta por primera vez, o bien que se presenta de manera emergente. Tiene un ingrediente de predisposición cultural en el actor que experimenta la emoción impregnada por su cultura experiencial. El miedo también es acompañado por un estado orgánico que conlleva hacia una reacción en los comportamientos.

³ Angustia. Estado de inquietud y aprehensión ante las situaciones que el estudiante va a enfrentar, este estado se ve aumentado cuando el estudiante enfrenta por primera vez una experiencia y su actitud es de no indiferencia en su participación, es decir, tiene necesidad de vivir la experiencia y quiere vivirla de una determinada manera atendiendo a sus expectativas. En este estado se reconoce la necesidad de ser y el temor radical ante lo desconocido.

⁴ Nerviosismo. Es la susceptibilidad del ser humano manifiesta, ante las experiencias a las que se enfrenta en la realidad, o bien a las que espera sean presentadas.

⁵ Emociones. Es un complejo estado de perturbación, tiene dos componentes: por un lado con cambios fisiológicos (respiración, pulso, secreción glandular, etc) y por otro lado por un estado de excitación o perturbación afectado en su variabilidad por los sentimientos y por el impulso a desarrollar una conducta que atienda la exigencia de una situación particular, o bien a las demandas de otros actores implicados en la emoción.

Esto crea un sentimiento de tensión ante la exigencia de un procedimiento concreto en estrecha relación con lo que representa la persona que se lo pidió (maestra).

En relación a sentimientos gratificantes ¿cuál es la interacción que los provoca?, ¿Qué hace la estudiante ante la exigencia de las situaciones de urgencia que implican una eficiente competencia profesional? ¿Cómo resuelven los estudiantes las vivencias traumáticas de su práctica?

*“... en la sala de labor vi a una paciente que se quejaba mucho, lo primero que hice fue levantar la sábana y el bebé estaba coronando... llamé al doctor y la estábamos pasando a sala... el producto salió...”
“... el ginecólogo tuvo que usar forceps para sacar al producto... La paciente tuvo un desgarro y se tardó mucho el interno para suturarlo...” (R-3,S)*

En este relato se muestra cómo a pesar de que la situación era de tensión el estudiante resuelve la situación tomando decisiones.

Finalmente cuando los estudiantes convierten su vivencia en experiencia, evalúan y toman también decisiones que no tienen que ver solo con su conocimiento técnico científico de su disciplina sino que hay una relación con su vida personal:

“fue tan asombroso que ya no me quedaron ganas de un bebé propio, por algún tiempo...” (R-3,R)

Durante la primera experiencia del estudiante en sala de labor y de expulsión resultan una serie de sentimientos que por sí solos no nos dicen nada sino que son el resultado de las interacciones de él con el contexto concreto en donde realiza su práctica.

La actividad del estudiante en tanto que interactúa con personas (pacientes, enfermeras, maestros, otros estudiantes, médicos, entre otros) diferentes requiere

de una participación activa y que lo involucra en lógicas, en costumbres y en normatividades diversas que van convirtiendo su actividad como un proceso sociocultural en donde va configurando aprendizajes individuales, pensamientos, sentimientos y significados acerca de su práctica, su identidad profesional y su propia cultura, mediados desde luego por su propia biografía y por el contexto de donde proviene.

Este proceso se ha llamado cultura experiencial:

es la peculiar configuración de significados y competencias que los alumnos y alumnas de forma particular han elaborado, inducidos por su contexto, en su vida previa y paralela a la escuela, mediante los intercambios espontáneos con el medio familiar y social que han rodeado su existencia. La cultura del estudiante es el reflejo de la cultura social de su comunidad, mediatizada por su experiencia biográfica, estrechamente vinculada al contexto. (Pérez Gómez, 2000, p.199).

Al existir en la cultura experiencial de los estudiantes elementos cognitivos, afectivos y de comportamientos está elaborado una plataforma que no le permite partir de cero para enfrentarse a las diferentes situaciones que se le presentan en la realidad de los servicios de maternidad y de área tocoquirúrgica y de labor; es así que sus intervenciones sobre todo con relación a los elementos afectivos y comportamentales le favorecen sus interpretaciones, sus intervenciones y sus actitudes. Tal vez los elementos cognitivos con respecto a los conocimientos disciplinares técnicos y metodológicos necesarios para la atención de la madre y el producto no se encuentran presentes porque la realidad a la que se enfrenta rebasa toda programación teórica escolar.

La cultura experiencial... dice Bernstein, es obviamente "una cultura poderosa para el individuo porque ha sido generada a lo largo de su experiencia, constituye la base cognitiva de sus interpretaciones sobre los fenómenos naturales y sociales, y la arquitectura lógica de sus decisiones y actuación". (cit. en Pérez Gómez, 2000 p.199).

También existen otras posturas como, por ejemplo Delval menciona que: "Los significados no se construyen sino que ya existen en la cultura de la comunidad y el individuo solamente los interioriza" (cit. en Pérez Gómez, 2000, p.209).

Al respecto Pérez Gómez (2000, p.210), hace una crítica a ésta postura, ya que menciona que es una postura muy radical puesto que considera al carácter polisémico de todo proceso de interiorización o apropiaciones externas. Hace mención que la posición culturalista es "un diálogo de interiorización constituido por los intercambios intersubjetivos en los que el individuo participa"

En el proceso de construcción de la teoría experiencial toma dominio en la presente investigación el componente relacionado con la **afectividad** y dentro de éste, los **sentimientos** que se manifiestan en todo enfrentamiento a la realidad, éstos sentimientos necesarios, imprescindibles, inevitables, etc. constituyen:

el motor original de los movimientos individuales, entre los factores más importantes que interviene en la singular construcción de significados pueden distinguirse los siguientes: la observación e imitación, la experiencia directa, la transmisión unidireccional y la comunicación interactiva – contraste y/o dialogo.(Pérez Gómez, 2000, p.213).

La experiencia directa y activa de los estudiantes generó sentimientos para unos frustrantes, para otros agradables que sitúan a su experiencia como un espacio de múltiples oportunidades pero también de múltiples significados, aún partiendo de una misma experiencia; ejemplo, el nacimiento de un bebé para unos gratificante, para otros de emoción y para otros tensión, miedo, inseguridad.

Esto reafirma la postura de que el estudiante como ser único e irrepetible elabora sus significados, representa a la realidad, la valora y la modifica, es decir interviene en ella de acuerdo a su capacidad simbólica para construir sus significados:

El elemento específico del desarrollo humano es su capacidad simbólica. Esta capacidad confiere la posibilidad de representar la realidad, valorarla, modularla virtualmente, transformarla y comunicar sus transformaciones y valoraciones. La construcción humana de significados se encuentra estrechamente ligada a la capacidad de simbolización.(Pérez Gómez 2000, p.214).

Los contenidos afectivos en la construcción de significados y traducidos como sentimientos que el estudiante enfrenta en su realidad del servicio, también demuestran habilidades previas en los estudiantes, por ejemplo cuando platica con los pacientes, cuando proporciona masaje, cuando explica el proceso por el que va a pasar en su parto y la participación y responsabilidad de la madre; que hacen suponer su riqueza y diversidad para alimentar su cultura experiencial en esa interacción simbólica entre los pacientes, los enfermeros, los maestros, los médicos y la red organizada de significados que se supone se encuentra en los servicios. Esta interacción va conformando y configurando los recursos cognitivos, para interpretar la realidad e intervenir en ella.

Algunos de los sentimientos que se encuentran relacionados con las exigencias del personal hacia el estudiante son preferentemente la tensión y el conflicto involucrados con la demanda de eficiencia en el procedimiento, o en la habilidad técnica para intervenir en las diferentes situaciones que se presentan con relación a la atención de la madre y el niño.

Al respecto se dice que existen recursos que el alumno va elaborando y que se constituyen en recursos explicativos en la formación de la cultura experiencial. Uno de ellos son los guiones:

Los guiones corresponden al modo en activo de la apropiación de la realidad y son básicos para guiar la actividad humana, especialmente la actividad habilidosa... Son el modo simbólico que impone la estructura instrumental, medios – fines en la realidad y son básicos para formar el pensamiento práctico.(Pérez Gómez 2000,p.220).

Este recurso, los guiones, son las simplificaciones cognitivas que en determinado momento el alumno pone en acción cuando orienta a una paciente, cuando le explica el proceso por el que va a pasar, etc. El contenido de ésta actuación se constituye no solo de información técnica, sino también de aquello que proviene de su experiencia personal. Por otra parte los guiones al constituirse como recursos básicos que forman el pensamiento práctico y que le da sentido a la práctica clínica de los estudiantes, se convierten en un potencial a estudiar con profundidad para convertir a la práctica clínica en una experiencia significativa para los estudiantes.

Así observamos el uso de guiones donde el estudiante sorteó todos los obstáculos o bien estudiantes que se paralizaron ante las situaciones. Los guiones siempre estarán evidenciando la parte subjetiva y no formal de la práctica; por tanto vienen a potenciar el pensamiento en lo que curricularmente nos compete para pensarlos como ámbitos de intervención en los procesos didácticos.

5.2. El cuidado enfermero. Responsabilidades y conflictos.

El cuidado enfermero⁶ que el alumno de cuarto semestre realiza en el servicio de tocoquirúrgica y de puerperio está bajo la dirección y responsabilidad de las enfermeras del servicio, el personal médico y en último término por parte de la docente donde casi siempre ésta última organiza su actividad de enseñanza – aprendizaje de la práctica en acuerdo y conciliación con el personal del servicio. El cuidado enfermero por parte de los estudiantes es direccionado en su mayoría por las enfermeras del servicio o área en donde son asignados, mucho de lo que

⁶ Françoise Collier, M. 1982, pp.232-242. Este concepto es planteado desde el punto de vista, que si bien tiene componentes de permanencia y continuidad, no excluye modificaciones ante situaciones cambiantes de la realidad. La naturaleza que le da sentido está en el contexto del proceso vida-muerte, por lo que cuidar es un acto de vida (mantenimiento y conservación), este acto es individual y se da mediante una reciprocidad: el profesional de enfermería y el que recibe o demanda el servicio. La finalidad de los cuidados de enfermería es "permitir a los usuarios de cuidados desarrollar su capacidad de vivir o esforzarse en compensar la alteración de las funciones lesionadas por la enfermedad, buscando la forma de suplir la disminución física, afectiva y social que conlleva ésta última"; "el proceso de los cuidados de enfermería procede de un encuentro entre dos (o más) seres vivos que detentan ambos los elementos de procesos de cuidados".

aprende el alumno es orientado por las enfermeras (acciones, procedimientos, pensamientos) sin olvidar, desde luego, al alumno que como sujeto concreto va conformando su propia experiencia.

La interacción del estudiante con el personal de enfermería y el personal médico implica conflicto⁷ ya que en ocasiones recibe indicaciones diferentes y contradictorias y que ¿En ausencia del docente y ante indicaciones del personal médico en el servicio, qué conflictos y tensiones se generan?; ¿A qué lleva la duplicidad de indicaciones entre el personal de servicio y el estudiante de enfermería?.

...“la doctora me dijo que retirara los líquidos yo se los retiré... llego una de las enfermeras y me llamó la atención muy fuerte delante de los demás pacientes y dijo que ni yo ni la doctora sabíamos cuales eran las indicaciones para retirar líquidos... por supuesto yo no las sabía, hasta después lo supe... esto me molesto mucho...” (R-5,CS)

Esto crea molestia en el estudiante ya que considera que el reclamo es injustificado y por la llamada de atención frente a los demás pacientes. Sin darse cuenta, el estudiante va configurando una imagen de sí mismo; la dependencia hacia el otro y la desconfirmación hacia el cumplimiento de una indicación, son situaciones, que implican: “conductas dirigidas a la autoafirmación o a la búsqueda de reconocimiento por uno mismo o los demás...”(Cava y Misitu. 2000, p.17). Esto forma el autoconcepto que el mismo autor identifica, como la dimensión conductual a la cual se suma la cognitiva y la afectiva. Es así que si los estudiantes son negados, no tomados en cuenta como personas en formación, más bien son anulados, luego entonces, el resultado va a ser una concepción deteriorada de sí mismos y de la enfermería como profesión.

⁷ Conflicto. La oposición de sentimientos, ideas, acciones, funciones y pensamientos que se provoca entre los diferentes actores y que a través de la interacción provoca tensión y un estado desagradable. Esto se desarrolla en un ambiente donde la categoría de poder siempre estará presente.

En otro evento se produce otro conflicto pero derivado de la responsabilidad en el cuidado enfermero se presenta cuando una paciente en la sala de parto y en periodo expulsivo, recibe indicaciones del médico y de la enfermera para que no pujan:

...“estaba una señora con seis cm de dilatación, tenía ganas de pujar, me acerqué para ayudarla y me tomó del brazo y me dijo que quería pujar en eso pasa una enfermera y le dice que me soltara, que me iba a fracturar el hueso, que no pujara... se me ocurrió levantar la sábana para revisarla, pujó la señora y salió el bebé... la enfermera pinzó el cordón me pasa al niño para que lo atienda y yo no sabía que hacer... me indican que pase a la sala y lo aspire, yo recibí al niño sin guantes y el cubreboca... llega la maestra y me coloca unos guantes y el cubreboca y me dijo que me calmara, lo empecé a aspirar, a limpiarlo y todo iba muy bien hasta que llegó la hora de ligar su cordón, me daba miedo, sentía que se iba a desangrar... se me atora el guante con su cordón, la liga y la pinza, me puse muy nerviosa y asustada y la maestra me ayudó” (R-6,S)

En ésta situación ¿Puede el estudiante ser más sensible ante la realidad... “se me ocurrió levantar la sábana para revisarla, pujó la señora y salió el bebé...” y aún más percatarse de las situaciones de apremio que implican un cuidado enfermero, que las enfermeras del servicio?

La estudiante demuestra responsabilidad ya que se asumió en la situación, tuvo intuición, aunque menciona:

...“yo me sentí muy nerviosa, no sabía que hacer, yo me puse a brincar ya que no sabía que hacer, me mandaron a traer el equipo de parto y traje el de sutura... no sabía cuál se necesitaba... Al final estaba tan cansada y con tanto miedo que hasta pálida estaba, me fui a sentar un rato...” (R-6,CS)

La estudiante fue capaz de asumir una responsabilidad desconocida para ella, con el alto costo sentimental que implicó. ¿Qué pasaría si la estudiante no experimentara sentimientos de angustia y miedo; llegaría de cualquier manera a ser consciente de sus acciones y el producto de ellos?.

Se considera que la estudiante se siente parte del personal y eso le da derecho a sentir una responsabilidad ante los pacientes. El sentirse implicada con angustia y miedo la actualizó, tal vez se vio forzada para aprender cosas nueva. El reconocimiento de su papel en las interacciones también contribuye a su implicación por lo que se puede responder, ante la pregunta planteada que el sentir es determinante en las acciones y sus productos, en éste caso el producto fue el sentirse parte y el asumir una responsabilidad.

Otro relato menciona:

“En el servicio se encontraba una paciente con varicela y una enfermera estaba embarazada y no le había dado varicela y dijo que no podía darle atención porque corría riesgo con su bebé”(R-13,S).

Ante esta situación la estudiante se refiere:

“... Yo no tenía problema para entrar con la paciente de varicela... Al conversar con ella, decía que estaba harta... que se quería ir, yo traté de explicarle la importancia de su hospitalización, por ella y por su bebé... Salí de la habitación... traté de no estar en contacto con los recién nacidos para no contagiarlos, a la media hora la paciente se había fugado... me sorprendió que le importara poco su bebé... Y se levantó un acta.” (R-13,C,S)

Se siente culpable el estudiante, siente inconformidad y emite juicios sobre la situación:

“... me sentí culpable por no estar más al pendiente de la paciente... lo único que me queda pensar es qué irresponsabilidad de la madre y de sus parientes. Eso me estresa un poco para mí fue un día muy agitado” (R-13,R)

El alumno manifiesta inseguridad, angustia, tensión, miedo, impotencia, conflicto ante situaciones nuevas que le implican enfrentarse a una realidad en donde sus recursos se ven aminorados: no sabe que hacer ante una llamada de atención de la enfermera, no conoce la dinámica de interacciones que se dan entre las enfermeras y los pacientes, es incomprendible para ella y desde su subjetividad la huida de un paciente, etc. Esto se vincula con:

La incertidumbre que provoca la ignorancia de los resultados de acciones e interacciones, así como la complejidad de la vida social se palió en parte cuando el individuo consolida guiones o esquemas simplificados que toman comprensible y previsible la fugacidad y variabilidad de la complejidad real, así como las infinitas posibilidades de actuación de las personas cercanas o extrañas. En este sentido deben considerarse como poderosas plataformas cognitivas que ayudan a la interpretación, orientación y toma de decisiones.(Pérez Gómez, 2000, p.221).

Esto formaría parte de los recursos que tiene el estudiante en la construcción del significado de su formación práctica al servirle de guías y que además le den sentido a sus interacciones individuales y con el equipo de salud en donde se desarrolle.

Dada la naturaleza de la práctica clínica de los estudiantes de enfermería, en donde la función y objeto de atención es la madre y el niño, nunca será posible hablar de la misma sin interacciones, sin sentimientos, sin conocimientos y sin experiencia biográfica de todos los sujetos que participan en la práctica clínica.

La práctica como espacio-contexto-vital, complejo diverso, exige interacciones concretas, el alumno con su cultura se enfrenta a otros (paciente, enfermeras, médicos, profesores) y elabora sus guiones en su proceso de ensayo-

error que va modificando, reformando y transformando en paralelo a su proceso de historia de vida personal.

5.3. El nacimiento de un nuevo ser. Expectativas.

En este periodo de práctica el estudiante se ubica en sala de trabajo de parto ó sala de labor, lenguaje que corresponde a un área donde las embarazadas a término están a punto de tener su bebe y la sala de expulsión donde se proporcionan a la madre y el producto los cuidados inmediatos a dicho proceso.

El estar por primera vez en éstos servicios, así como realizar por primera vez del control del trabajo de parto y recibir a un nuevo ser, crea en el estudiante sentimientos diversos desde sentir empatía con la madre embarazada, impresión, asombro, alegría, emoción hasta un alto grado de tensión, miedo e inseguridad. Los alumnos que claramente expresaron sus expectativas:

“Esperaba con mucha ansiedad que se llegara el día en que recibiera un bebe y creo que este día jamás se me va a olvidar...”
(R-7,S)

...“yo recibía por primera vez a un bebe por lo que me encontraba algo nerviosa y con mucha emoción... le proporcioné los cuidados inmediatos y como era la primera vez que lo hacía las manos me temblaban un poco pero me sirvió mucho el apoyo de la pasante enfermera y mi compañera” ***(R-7,CS)***

Como consecuencia de lo anterior la estudiante refiere:

...“yo me sentí muy bien cuando la señora me dio las gracias por haber atendido a su bebe cuando nació” ***(R-7,CS)***

Es posible que el agradecimiento de la señora se relacione con una buena atención y esto a su vez se asocie con el apoyo⁸ recibido por la pasante, enfermera y compañera.

Otra expectativa que se ve apoyada por el personal de enfermería con actitudes favorables a la docencia y cuyo resultado crea un sentimiento de satisfacción en el estudiante al ver cubierta su expectativa de recibir a un bebé, se manifiesta así:

...“la enfermera encargada me explicaba como se prepara todo y como se recibe al recién nacido y la realización de cuidados inmediatos...” (R-9,CS)

...“Yo recibí al recién nacido con ayuda de la docente primero me dio miedo tomar al recién nacido en mis manos... Lo que más se me dificultó fue poner la doble ligadura” (R-9,S)

En las dos experiencias anteriores las estudiantes logran cumplir sus expectativas, existen interacciones que apoyan y la estudiante participa activamente en pensamientos y acciones.

Por otra parte el estudiante también ve cumplida su expectativa y el resultado es una experiencia agradable, gratificante y estresante, por ejemplo:

...“me dirigí a los vestidores a ponerme el uniforme quirúrgico...aquí tuve que poner en práctica los conocimientos del tercer semestre acerca de las medidas de asepsia... ya que ésta se considera un área estéril.” (R-15,CS)

...“fue impresionante ver a la paciente en trabajo de parto y no saber cómo actuar ante estos momentos, ¿cómo, qué decirle, cómo ayudarla?... el momento que más me impresionó fue pasar en sala

⁸ Apoyo. Se considera como aquellas actividades de los diferentes actores que facilitan dar salida a las expectativas de otros actores (estudiantes por ejemplo), pero que además los asisten, ayudan y orientan en momentos que implican urgencia en la realización de una actividad desconocida. La actitud siempre es de disposición y ayuda.

de expulsión... vi por primera vez un parto y el nacimiento de una nueva vida, fue estresante recibir por primera vez un recién nacido... El cual tuvo dificultad para nacer, hubo necesidad de llamar al pediatra, yo empecé a darle los primeros cuidados... Llego el pediatra y colocó la mascarilla de oxígeno y me dijo que la bebé estaba bien, me dijo que si le iba a ligar el cordón, y le dije que sí, con un poco de miedo pues nunca lo había hecho, pero con la ayuda del doctor y la maestra lo pude hacer... se lo acerque a su mamá para que lo conociera y le diera un beso, esto fue muy padre y gratificante..." (R-15,CS)

En este caso el apoyo del docente, del médico y de las enfermeras hace de la experiencia un logro al vencer el miedo en la medida en que participa en las actividades, así lo expresa:

...“El poder ayudarle al médico me hizo sentirme útil y tener más confianza al realizar las actividades”(R-15,R)

Así mismo al identificarse con las madres y al sentir el apoyo del personal el estudiante sigue en su proceso de logros:

...“conforme pasaban los días iba aprendiendo como poder ayudarlas en el momento de los dolores y con la ayuda del personal el cual se portó muy accesible, tanto enfermeras como médicos, creo que esto fue de mucha ayuda pues aprendí muchas cosas y perdí un poco más el miedo que da al enfrentarse a situaciones nuevas y de las cuales se tiene poca información”(R-15,R)

Aún y cuando se trata de la primera experiencia, las características personales de las estudiantes, como lo es la facilidad para involucrarse en la rutina del servicio, la iniciativa para realizar actividades y la sensibilidad para observar las reacciones de la paciente, permiten que se identifique como mujer y como

profesional de la enfermería, siendo los sentimientos de asombro, empatía e identificación los que rodean la siguiente situación:

"Ya en mi servicio me presente con el personal y a conocer a las mujeres embarazadas, canalicé, tomé muestras de sangre... conté contracciones... después ordenaron que pasara a sala de expulsión... empezó el trabajo de parto, se dificultó la expulsión... al recién nacido le tuve que dar reanimación artificial... después forzó el doctor la salida de la placenta"(R-1,CS)

"... La mujer se quejaba... realizaron la episiorrafia desde el ano hasta el orificio vaginal a lo que la señora cada vez que sentía que iban a suturar gemía y presentaba facies, la señora empuñaba sus manos y hacía fuerzas con los pies... Lo que más me impresionó fue como logra salir un bebe por el conducto vaginal, provocándole esto dolores múltiples en todo su cuerpo". (R-1,S)

El miedo y la inseguridad también son sentimientos presentes en donde el apoyo de su compañera y la docente son claves ante su primer día de práctica y su primera experiencia en el nacimiento del producto y la atención al mismo:

".. cabe mencionar que tenía mucho miedo temor porque iba a entrar a área... me sentía muy insegura, bueno ya entré, me sentía frustrada,.. mi compañera Carmen me enseñó todo lo que se hacía, ya había estado con anterioridad en el servicio... mi mayor temor era recibir entre mis brazos a un pequeñito y saber que tenía en mis manos una vida, una responsabilidad" (R-4,CS)

"... a pesar de mi inseguridad y miedo al poquito rato llegó la docente y me dijo Imelda, ¿ya recibiste?", no, pero tengo mucho miedo, ella me contestó, vente es tu oportunidad yo te ayudo... me dio tanta confianza que con su ayuda logré vencer el miedo y me sentí segura" (R-4,R)

Pero no todas las experiencias generan sentimientos gratificantes, aún y cuando estos sean precedidos de otros que crean conflicto. Existen ejemplos de primera experiencia en donde se establece una relación directa entre lo que es la situación, lo que genera en el estudiante y el producto de ella que impacta hacia una decisión de vida personal:

"... fue tan asombroso que ya no me quedaron ganas de un bebé propio, por algún tiempo..." (R-3,R)

Será acaso que: ¿La interacción entre el paciente y la estudiante así como el contenido de la misma es lo que deja más huella en el estudiante?. Tal vez la relación del estudiante con el paciente producida fue una interacción con un proceso tan activo, que la estudiante sólo significó una parte de la situación y la convirtió a una decisión de vida personal, desconociendo otras formas de significar la situación por la que atravesó, por ejemplo el reconocer que la paciente era una persona individual e irrepetible y que el proceso por el que pasó también lo era.

5.4. Objetivos escolares y hospitalarios. El concepto de práctica.

Al incorporarse el estudiante a los servicios asignados se lleva el propósito general de que su actuación tiene que ser planeada, ejecutada y evaluada en función de la herramienta llamada PAE (Proceso de Atención de Enfermería), ésta conlleva un proceso mental pero también una actividad directa con el paciente y una actividad por escrito. El servicio por su parte debería de ser el área que propicie lo anterior, pero la misma dinámica de la cotidianidad rebasa toda planeación, es así que el docente sirve de mediador, orientador y promotor para vincular estas dos realidades y exigencias en la enfermería práctica.

A esto se suman diferentes conceptos que el estudiante considera debe ser la práctica y que forman parte de sus expectativas (lo que sienten y piensan debe

ser). El sentimiento predominante es aquel relacionado con la aplicación de la teoría al ámbito de la práctica y en donde la intervención en la práctica debe ser precedida por conocimientos teóricos. Si esto no sucediera así, crea sentimientos de tensión cuando la relación teoría práctica está desfasada, es decir la expectativa del estudiante es que se tiene que revisar en la clase y tiene que estudiar, por ejemplo los cuidados inmediatos en el recién nacido antes de que ella en la práctica lo realice; sobre todo cuando existen situaciones de apremio y el alumno considera que lo ocurrido se debe a la falta de conocimientos teóricos para enfrentar la práctica:

“la enfermera pinzó el cordón me pasa al niño para que lo atienda y yo no sabía que hacer... la maestra me dijo que me calmara... me daba miedo, sentí que se iba a desangrar... se me atora el guante con su cordón, la liga y la pinza...”(R-6;s)

“Ahora empezamos a llevar la clase de parto y yo terminé mi periodo de toco, es por eso que decimos que la teoría va a destiempo con la práctica” (R-6,R)

La aplicación del PAE, también crea en el estudiante sentimientos positivos de logro hacia el cumplimiento de objetivos escolares; al mismo tiempo que reconoce sus limitaciones y solicita asesoría oportunamente

...“Le ayudé a la enfermera a realizar los pendientes y después a iniciar mi PAE... lo hice a una paciente en trabajo de parto puesto que en esta paciente no lo había realizado y era mi primera experiencia me emocionó mucho el escuchar el corazón del bebé además de tocarlo al realizar las maniobras de Leopold y las acciones que se requieren y sólo me faltaba la última acción que era el tacto, sólo me daba miedo realizarla sola y me esperé hasta que me apoyara mi maestra y al hacerlo me di cuenta de su dilatación y borramiento...”(R-16,S)

...”pude dividir mi tiempo y experimentar el proceso de un trabajo de parto hasta el alumbramiento...”
“pude llevar a la práctica la teoría con la práctica que era lo que inquietaba mucho...” (R-16,R)

Si retomamos los sentimientos de frustración que vive el estudiante ante diversas situaciones de su práctica: indicaciones contradictorias de parte del personal del servicio en el cuidado al paciente, impotencia ante indicaciones de las enfermeras a los pacientes de manera injustificada; veremos que ella pudiera integrar o hacer emerger estrategias cognitivas en torno a las situaciones pero esto también tendría que ver con su historia como ser humano en cuanto a su autoconcepto, autoestima y actitudes hacia el conocimiento siendo el apego:

el fenómeno más característico de la primera infancia y que deja huella en la afectividad posterior del ser humano, es un vínculo afectivo, y es el responsable de la seguridad afectiva necesaria para el desarrollo de otras funciones mentales y también orienta en un determinado camino el sentido de esas mismas funciones mentales.(Pérez Gómez 2000, pp.227-228).

Por otra parte la autoestima y el autoconcepto también son elementos que componen el vínculo afectivo que le dan al estudiante posibilidades y/o limitaciones en su actuación. El sentido de la misma, la relación de dependencia con otras personas, la subordinación y las particularidades del servicio como contexto de la situación, tienen que ver con el autoconcepto y la autoestima que son parte integrante de la cultura experiencial; es decir el éxito o fracaso de nuestras interacciones estará dado por el juicio externo de las actuaciones, pensamientos, actitudes, conocimientos y la valoración del mismo estudiante:

La autoestima no solo potencia o restringe el volumen y la calidad de nuestras iniciativas sociales, sino el propio sentido de las expectativas de nuestra vida, la orientación de nuestras ilusiones y la fuerza de nuestra convicción"... en una "interacción de desengaño, frustración y desesperanza se interioriza como vivencia de autoestima deteriorada"... "gran parte de los diagnósticos que concluyen en el nivel bajo de rendimiento por carencia de capacidades, no son, sino la expresión en

las estrategias mentales, de la desesperanza y desilusión vital del contexto que el individuo interioriza a lo largo de su desarrollo.(Pérez Gómez, 2000, p.229).

Se observa, también, cuando el estudiante describe que primero ayuda a la enfermera a realizar los pendientes y luego cumple con su objetivo escolar, que existe un proceso de negociación entre lo planeado a nivel de la escuela y lo cotidiano de la rutina por parte de la institución hospitalaria, aunque esta no es lo más frecuente, es más bien usado en un solo relato de la presente investigación.

Los sentimientos contrarios que experimenta el estudiante en diversas situaciones de su práctica; es decir sentimientos de alegría, de emoción, de logro en la eficiencia ante algún procedimiento, del logro de objetivos escolares, entre, otros; también nos demuestra que se encuentran íntimamente relacionados con sus expectativas, con la calidad de la interacciones (compañeros, maestros, enfermeras, médicos), con la valoración positiva de los demás hacia él, con el propio control interno ante sus decisiones, con su autoestima y su autoconcepto.

VI. El valor agregado de la realidad práctica.

La práctica clínica de los estudiantes no se circunscribe como la serie de actividades destinadas a la atención de las mujeres y niños que demandan de su intervención, sino más bien como un proceso de formación en el que tienen lugar múltiples dimensiones relacionadas con la puesta en marcha de habilidades técnicas, afectivas e intelectuales.

La estudiante pasa por un proceso de socialización que no es mecánico, en el que inicia y observa situaciones, luego experimenta y se implica en la realidad, que la lleva a una etapa final de internalización de situaciones que le dan la pauta para construir de manera individual un modelo de comportamiento práctico; a

partir de la serie de interacciones que suceden en el contexto específico donde realiza su práctica.

Existe por otro lado en el estudiante un proceso de elaboración simbólica de construcción de significados y que tiene dos vertientes de alimentación: por un lado lo que ya se mencionó en cuanto a la observación, imitación y experiencia directa a través de la intervención activa en los diferentes roles asumidos por el estudiante; por otro lado y a partir de la transmisión de significados ya elaborados, en el estudiante se produce un diálogo interactivo entre lo que significa y su vínculo con la realidad.

Esta capacidad de simbolizar por el estudiante es explicada desde el referente de la cultura experiencial y que enfatiza que para su comprensión es necesario tomar en cuenta o analizar el estilo semántico que tiene el individuo para interpretar los acontecimientos de la realidad, los sentimientos e intenciones de los otros y de sí mismo.

Los relatos de los estudiantes, al ser la materia prima para el análisis de lo anterior, se convierten en la plataforma semántica que evidencia significados, valores, actitudes y sentimientos que se han ido formando a través de las interacciones espontáneas o forzadas, satisfactorias y frustrantes en el contexto cultural específico, influenciado por el contexto colectivo a través de plataformas semánticas también colectivas. Las tres dimensiones utilizadas para realizar el análisis del estilo semántico de los relatos fue: la sintaxis, la semántica y la pragmática.

Se asume que el estudiante en su práctica clínica desborda los objetivos escolares ya que la realidad le demanda como un todo, una práctica en donde se le exige poner en acción actitudes que requieren de su habilidad técnica, relacional, de conocimientos y de comportamientos. Por otra parte existen

procesos en constante progresión de simbolización de significados, mismos que si bien tienen relación con una cultura colectiva también existe un plano de cultura experiencial diferenciada y diversificada en cada estudiante.

Esta postura se vincula con lo que se ha llamado: procesos constitutivos de la identidad, en donde el estudiante en forma simultánea pasa por una afiliación de lealtad y asunción de un rol determinado en donde comparte opiniones, información y creencias; el estudiante considera que su identidad está dada por la serie de características y atributos de su personalidad y se relaciona con la impresión que tenemos de otras personas y de las cuáles se lleva a cabo una selección; finalmente y como proceso constitutivo de la identidad se encuentra interactuando en forma simultánea, la serie de elementos que constituyen la historia de vida del estudiante y que le han dado un sentido a sus actos y trayectorias. El intercambio con todos los individuos de la práctica clínica conformarían la identidad personal y la colectiva le daría el significado a su práctica.

La práctica, por tanto, obliga a posicionarse -para el análisis de los diferentes relatos- a la idea de práctica social de la enfermería ya que los "modelos" son las enfermeras que ya ejercen y es donde el estudiante se ubica en sus prácticas, además de otros "modelos" como: los estudiantes de medicina y médicos que también son protagonistas de la práctica social de la salud.

El esquema de análisis de la práctica tendría tres elementos a considerar: la acción productiva, el fin y el deber ser, mismos que permiten comprender y entender a la práctica como vía hacia la formación de estudiantes.

6.1 El desarrollo de habilidades intelectuales.

El espacio donde desarrollan la práctica los estudiantes es más que el área física en que es asignado y el tiempo o período de estancia, ya que su "estar" en los servicios ocurre en un contexto plagado de eventos, relaciones, conflictos y tensiones que exigen del que participa una intervención inmediata, eficiente y oportuna, pero además el proceso de formación implica que haga de su práctica un ámbito donde también logre sus objetivos marcados en el programa académico.

Es así que el estudiante queda atrapado entre dos fuerzas, por un lado tiene que atender a las exigencias de los servicios y las situaciones reales de la práctica hospitalaria y por el otro cumplir con los objetivos del programa académico. En muchas ocasiones la realidad rebasa lo especificado a nivel escolar y es la dinámica de los servicios hospitalarios la que orienta el contenido y ritmo de las vivencias y experiencias de los estudiantes.

Existen evidencias en los relatos de la presente investigación, que muestran que cuando los estudiantes se dedican al cuidado enfermero no solo adquieren habilidades técnicas sino que a partir de éstas se habilitan otras de tipo afectivo, intelectual y las relacionadas con la intervención inmediata y eficaz que le demanda el personal de salud.

Una estudiante que refiere una experiencia significativa y extraordinaria en un día de práctica, menciona:

“... la paciente estaba exaltada y gritando mucho... la saludé y le dije mi nombre... empecé a decirle que se relajara y cómo lo hiciera... cómo sería el trabajo de parto... le di masaje en la espalda... ella me decía que no me fuera porque yo era la única que le hacía caso... me

pidió que entrara con ella a la sala de parto... le dije como le hiciera y le limpie el sudor... más calmada me tomó la mano y me dijo gracias... comenzó a llorar”(R-3,S)

En ésta situación que muestra la dimensión del ser humano de una mujer en periodo expulsivo en donde confluye el dolor, la angustia, la ansiedad y el miedo, la estudiante fue capaz de potenciar su habilidad para establecer una relación empática al comprender, orientar y apoyar. Fue un día de mucho trabajo con muchas situaciones complicadas y sin embargo la estudiante tomó la decisión de quedarse con la paciente y cumplir con su expectativa de ser acompañada en su situación.

Se visualiza una implicación de la estudiante en la situación de la paciente relacionada con responsabilidad y autonomía, valores fundamentales en la conformación de la identidad de la profesión de enfermería.

En otra experiencia se puede notar cómo la toma de decisiones y la estima que tiene el estudiante de él mismo, favorece su aprendizaje:

“...le pregunté a una enfermera que acababa de llegar si podía recibir pero titubeó y me dijo que dependía del parto y como vi que el bebe estaba a punto de nacer y nadie se hacia cargo... Me calcé los guantes, tomé un campo y recibí... con tanto miedo que se me fuera a caer que lo abracé como pude ensuciando todo mi uniforme... la enfermera me vio y me ayudó y luego llegó la maestra y también me ayudó...la segunda oportunidad ya no pedí permiso, la maestra no estaba y aún así decidí realizarlo, otra vez estaba la enfermera para ayudarme, y como estaba nerviosa todavía, traté de hacerlo rápido pero la enfermera me dijo que no, que tranquila... a la hora de ligar recuerdo que la primer liga se rompió y que en la última jalé mucho de la base, a lo que Gina mi compañera me hacia la observación de ello y me di cuenta de que a esta hora uno debe tener todos los sentidos, Gina y Cintya decidieron animarse a recibir la próxima

semana, viendo que no era cosa del otro mundo. (R-8,S)

Esta estudiante vivía su último día de prácticas y aún no "recibía ningún bebé"; se había dedicado a observar a sus compañeros, cómo lo hacían y que hacían, así como también a los médicos, hasta que por fin se decidió, recuperó el proceso y aún cuando pide permiso para poder dar atención al recién nacido, cuando era necesaria su intervención lo hizo, en respuesta a ésta iniciativa recibe apoyo de parte del personal y de la maestra.

Gran parte de su período de práctica fue el desarrollo de la capacidad de observación, actividad intelectual que aún cuando es la más sencilla de las operaciones, no deja de implicar un proceso de interacción de creencias, intenciones, valores y conocimientos que van configurando el pensamiento y estrategias del estudiante en práctica.

La socialización en el estudiante durante su formación práctica pasa por diferentes etapas:

la primera es de iniciación y observación que comprende las primeras experiencias en la práctica, el ser crítico con las situaciones, personas y con su propia experiencia. La segunda es donde experimenta una situación que le implica miedo e inseguridad pero con la decisión de enfrentarse, el "shock de la realidad" cotidiana de la práctica (Barquin, X. 1993, p.9).

La estudiante es capaz de reconocer su impericia técnica, su situación emocional, es capaz, también de tener apertura ante las opiniones de su actuación y de que las situaciones en la práctica requieren del ser humano íntegro con todos sus sentidos, lo que le hace desarrollar la necesaria sensibilidad que implica el cuidado enfermero en el proceso de parto.

Todo lo anterior para la estudiante tal vez sea la base de la conformación de un modelo de comportamiento práctico que fue acumulando al identificar situaciones, valorarlas, priorizarlas, plantear estrategias, intervenir y transformar

su propia participación, ésta etapa de socialización, se ha llamado de **"internalización identificada"** (Barquin, X. 1993, p.10). La estudiante identificó los modelos de otros y lo matizó con el propio a partir de cambios originados y modelados desde su experiencia.

Otra postura ante la experiencia relatada anteriormente puede ser explicada desde la construcción de significados, ésta revela que la actitud y voluntad de la estudiante para vivir la experiencia de "recibir un bebé" es fundamental y es a partir de esta condición en que se distinguen dos factores en la construcción de significados:

- a) La observación, la imitación y la experiencia directa. El autor menciona que son factores prioritarios en la construcción de significados durante los primeros años de vida infantil. Esto se logra mediante la observación pasiva en los escenarios vitales de cada individuo, en la intervención activa en roles y tareas, en la contemplación de conductas y las actuaciones de los demás individuos; en la imitación de comportamientos eficaces.
- b) La transmisión de significados ya elaborados y el diálogo interactivo son los factores más determinantes en el proceso de formación de significados tanto en la etapa simbólica como en la de operaciones posteriores (Pérez Gómez, 2000, p.213).

Estos dos factores tienen influencia en mayor o menor grado en cada uno de los individuos y en todas sus etapas de vida; los resultados de sus experiencias ya sea en forma satisfactoria o frustrante traerá consigo el modo particular de sentir, conocer y actuar de los individuos, esto último es lo que se analiza como cultura experiencial.

Seguir el mismo relato (R-8,S) nos deja ver que en la actuación de la estudiante existe un logro: "recibir a un bebé" y aunque era su último día de práctica ella lo había venido preparando al conformar sus ideas, pensamientos y formas de actuación; otro logro fue el participar en las actividades y la frase "me ayudó" permite inferir lo positivo que fue el proceso de acompañamiento de la

enfermera, la maestra y la compañera; además de reconocer la importancia del desarrollo del pensamiento y actuación del trabajo en equipo.

La estudiante hizo propia una perspectiva, ya que utilizó el resultado de sus observaciones y cómo las había pensado y valorado para actuar y afrontar su propia experiencia; por último, en su actuación y en su proceso particular y diverso de atreverse a la acción se refleja no solo construcción de conocimientos sino también de valores como el de autonomía, conciencia de la situación y seguridad en sí misma.

Otro relato que muestra cómo la realidad potencia el desarrollo de habilidades es el siguiente:

“...llega una paciente con dilatación completa, era su primer bebé, tenía mucho miedo, la bloquearon pero no surtió efecto... la postura del bebé no era la adecuada, usaron los fórceps, al tenerlos adentro le realizaron la episiorrafia, la cual desde mi punto de vista no era muy correcta, puesto que le desgarraron mucho... la intentaron bloquear de nuevo pero no tuvo efecto... la paciente se mostraba desesperada dolorida... Una paciente con borramiento y dilatación completa... estaba bien bloqueada, el bebé traía mala posición... usaron fórceps... sacaron el bebé pero no lloraba, traía sufrimiento fetal... yo sentía que el bebé no iba a reaccionar y se veía todo morado, después de 5 minutos empezó a respirar, la madre se puso nerviosa pensando que en ese momento lo podía perder... la sutura de la señora fue más rápida que la de la otra señora, pero ésta sí iba a traer consecuencias, ya que la episiorrafia se les fue hasta el ano” (R-12,S)

Se trata de un relato que corresponde a una estudiante en su primer día en el servicio y por el lenguaje escrito, al parecer ella se mantiene como observadora, no refiere ninguna participación que indique actividad física. ¿La participación de la estudiante como observadora le permite realizar una evaluación conciente del contexto y de las situaciones particulares alrededor del cuidado de salud?; ¿El

lenguaje escrito en su relato es producto del proceso de formación de significados?; ¿Qué habilidades se encuentran implícitas?.

Se identifica en el relato que las situaciones de ese día de práctica fueron altamente estresantes para las pacientes, personal de salud y para la propia estudiante, eran situaciones urgentes que ameritaban participación inmediata y al parecer las actividades emprendidas o no daban resultado o traían consecuencias graves para la madre y el niño.

A partir de éste ambiente la estudiante:

- a) Representa en el relato escrito su realidad con un lenguaje formal al utilizar una base teórica que le permite describir con lenguaje técnico y en forma coherente y congruente las situaciones, evaluarlas, interpretarlas, comprenderlas y finalmente realizar inferencias. ("la bloquearon.. usaron fórceps... le realizaron la episiorrafia... etc").(sintaxis)
- b) Cuando establece la relación entre el hecho que describe, la situación, y los efectos de la acción ella realiza evaluaciones producto de esa relación, quien lo significa por las posibles complicaciones y efectos biológicos a la madre y el producto, así como la descripción de los sentimientos de la madre. ("...le realizaron la episiorrafia... desde mi punto de vista no era muy correcta... la paciente se mostraba desesperada"... "la sutura fue más rápida.. pero ésta sí iba a traer consecuencias...").(semántica).
- c) Al establecer las relaciones anteriores pareciera ser que la intención de la estudiante es mostrar un escenario con alto grado de estrés, de dificultad, de emergencia y donde los principales errores de procedimiento técnico corresponden al personal médico. Las relaciones que privilegia son entre la madre, el producto y el médico, ella no se implica en actividad física, solo observa, piensa, reflexiona y potencia el desarrollo de habilidades intelectuales en la conformación de significados. Posibilidad que tiene el hombre al representar, valorar y transformar la realidad a partir de su capacidad simbólica. (pragmática).

Al respecto se menciona que "el dominio de la capacidad simbólica, requiere el conocimiento y utilización de tres dimensiones fundamentales"(Pérez Gómez, 2000, p.214-217).

La **sintaxis**, que es la estructura externa de la comunicación...; la dimensión formal; las formas establecidas para decir algo; el lenguaje conlleva una estructura lógica con implicaciones, inclusiones, referencias, comparaciones, etc, donde las combinaciones de palabras, de estilos y de estética, entre otros, son variables sintácticas, determinantes en el significado y el efecto en el receptor. Esta dimensión correspondería al inciso a) del análisis del relato anterior.

El inciso b) corresponde a la **semántica** es decir a los significados explícitos o a las denotaciones y connotaciones de los símbolos es decir a las relaciones entre los significantes y los referentes, sean estos significados: objetos, personas, ideas, sensaciones, sentimientos, etc.

Los significados y los referentes están determinados por la parte afectiva, por los sentimientos que orientan a cada quien con una expresión singular, y al mismo tiempo las múltiples posibilidades sintácticas de expresión oral o escrita.

Finalmente la **pragmática**, inciso c), hace referencia a las funciones y usos de los símbolos, pretende comprender la relación entre los signos y las personas, entre la información transmitida y las personas que participan en la comunicación y donde lo que media es la **intencionalidad** y ésta modula y condiciona la estructura sintáctica y semántica del intercambio.

Otro fragmento de relato de la misma estudiante citada en párrafos anteriores describe cómo a partir del reconocimiento de sus bases teóricas (en

éste caso conocimiento previo que fue revisado en semestres anteriores) le da la posibilidad y la seguridad de evaluar las acciones del resto del personal; refiere:

"... entré a un parto que estaba atendiendo una interna, la cual por cierto no sabía o no se acordaba mucho de las medidas de asepsia ya que no las utilizaba..."(R-8, S).

Se asienta en éste relato el conocimiento firme que tiene la estudiante ante un error que otro trabajador lleva a cabo, la seguridad en sí misma le permite hacerlo y aún cuando no refiere que se le hizo saber a la interna, ella pone en juego su capacidad intelectual de identificación de la realidad, lo cual trae consigo una conciencia del trabajo del otro (interna); a partir de la desconfirmación del procedimiento técnico realizado ella se confirma en sus conocimientos y en la seguridad personal. Por otra parte llama la atención: ¿Por qué la estudiante relata como lo sobresaliente el no uso de las medidas de asepsia, ésta como técnica y el cumplimiento de la misma para no afectar al paciente en proceso de parto fue lo más importante?: ¿Por qué no se fijó en la relación de comunicación interna – paciente?, por ejemplo.

Se puede reducir la situación hacia lo significativo en ese momento para el que observa, pero tal vez sea necesario "ampliar" la mirada del estudiante a fin de que no se quede en "la técnica" en "lo práctico", sino más bien encaminar su habilidad de observación, identificación, descripción e interpretación hacia una forma diferente de ver el trabajo y la acción humana.

Desde luego que se puede decir que el mismo contexto ha influido en sus observaciones, pero con más razón, pensar en la orientación docente para potenciar su reflexión es de fundamental trascendencia. Superar la idea de la técnica como medio y fin de las prácticas humanas dentro del hospital para dar paso a pensar en que la técnica (llevada ésta con rigurosidad) no es una garantía para el servicio prestado como tampoco es la "garantía total de los resultados

finales de la acción social"⁹ ya que también habría que considerar los valores éticos que la guían.

6.2 Los roles asumidos por el estudiante

La llegada de los estudiantes a la sala de labor y expulsión es para la mayoría de las enfermeras motivo de alegría ya que se "incorporarán" al trabajo y a la dinámica de los servicios, para algunas enfermeras también representa una responsabilidad ya que éstas asumen en momentos, funciones docentes. Mientras que para otras la participación de los estudiantes es motivo de conflicto.

Los estudiantes por su parte y ante sus primeras experiencias en estos servicios llevan la expectativa de que su práctica será de tal relevancia que y a pesar de sus miedos, desencantos y conflictos verán el nacimiento de un nuevo ser, aprenderán a controlar el trabajo de parto y proporcionarán el cuidado enfermero a la madre y al producto.

Desde su inicio por éstos servicios el estudiante se ha percatado que su actuación no será fácil; la serie de observaciones y actividades le demuestran la complejidad: de exigencias y demandas que ejercen sobre él, las enfermeras, los pacientes, el personal médico, las maestras y por supuesto la responsabilidad que requiere incorporarse al servicio.

La emergencia de las situaciones de salud (trabajo de parto, nacimiento del nuevo ser, atención inmediata a la madre y al niño, complicaciones, etc) exigen intervenciones inmediatas y participaciones efectivas en donde el estudiante no

⁹ Grundy, Shirley cit. en: Langford, Glenn, 1999, p.65-67, realiza una crítica hacia el concepto de profesionalidad al analizar el trabajo de profesores y de la acción humana. Menciona al concepto de profesionalidad como viejo y desgastado y cómo los profesores deben ir más allá de evaluar el producto más que el proceso, creatividad más que técnica y la interacción social más que la receptividad. La profesionalidad entonces no será la mejor defensa ya que en el momento actual se reduce a procesos técnicos, a técnicas y a certezas que la tecnología promete. La interacción social sería la base para la crítica en y desde la práctica educativa.

escapará a éstas realizaciones, por el nivel educativo en que se encuentra (cuarto semestre) y por los objetivos escolares que así se lo establecen.

Sin embargo cada estudiante no guarda un comportamiento homogéneo por el hecho de contar con el objetivo escolar señalado, cada uno viene a constituir un individuo único e irrepetible que da cuenta de su plano individual acerca de la forma en que él se ve a sí mismo, como lo ven los demás pero también de la historia de biografía personal y del grupo con el cual se identifica.

Por tanto, esta identificación con el personal de los servicios, se evidencia de manera distinta por los estudiantes, con la asunción de un rol. Mismo que es significado y concretado a través de sus acciones, de manera diversa.

6.2.1. Rol de observador vs “ayudante”.

Una estudiante relata que fue ubicada en área tocoquirúrgica y antes de que se llegara el primer día de prácticas pensaba:

“... me imaginé cómo sería el servicio, creí que estaría lleno y que yo ayudaría a las enfermeras, en fin, yo quería mantenerme todo el día ocupada.”(R-10, CP).

En su imaginario antes de estar en la práctica real la estudiante se piensa como ayudante y en mantenerse ocupada todo el día, sin embargo ésta expectativa no se cumple ya que en la parte siguiente del relato refiere:

“... todo estaba muy tranquilo, yo ya me estaba desesperando, estaba muy fastidiada de no hacer nada, a las seis fue el primer parto que tuvimos, en el cual tuvieron que sacar al producto con fórceps, pero todo salió bien, después hubo otro en el cual pasó lo mismo sólo que en ésta ocasión el bebé traía sufrimiento fetal, le tuvieron que dar

reanimación, lo extraordinario de este día es que fue dramático pero a la vez muy interesante ver como pudieron sacar al bebé adelante" (R-10,S)

En éste caso existe un conflicto entre la expectativa de la estudiante y la realidad en la práctica: el servicio no estaba lleno de pacientes, "no ayudó" a las enfermeras y no se mantuvo ocupada, por lo menos con acciones que implicaran participación en la atención de la paciente.

Su rol más bien fue de observadora de la situación, no existieron vínculos que le permitieran tal vez cumplir con su expectativa. ¿Qué pasa cuando no se conocen las expectativas de los alumnos y éstos enfrentan situaciones diferentes en la realidad?, o más bien, ¿no existen las condiciones en términos de gestión para que el estudiante pueda llevar a la realidad el cumplimiento de sus expectativas?; ¿Será que las expectativas se construyen a partir de tener claro su participación en la práctica y por tanto el concepto de ésta última?.

El relato y las preguntas generadas confirman el hecho de que la práctica de los estudiantes va más allá del espacio físico, es un espacio cultural en que tienen lugar las acciones de los estudiantes, mismos que significan culturalmente a las prácticas ya que cada quien las ordena de manera distinta.

En este sentido la estudiante tienen expectativas que implican creencias acerca de lo que imagina es el ámbito de práctica pero también acerca de su participación y de la forma en que se está viendo y asumiendo en la misma, esta **diferencia** de lo esperado y lo encontrado puede representar un conflicto de identidad: "La identidad se conforma en el individuo a partir de la forma en que él se ve así mismo y de acuerdo a cómo éste es visto por los demás"(Jiménez, Gilberto. 1998). Por tanto, la identidad atraviesa tanto el plano individual como el colectivo, lo cual le otorga su carácter intersubjetivo y relacional. La identidad se constituye en la interacción entre "la autopercepción del sujeto, frente a la red de

relaciones que establece con los otros, llenando el vacío que existe entre la interacción social de los individuos y el contexto social amplio... implica el reconocimiento y la aprobación de otros... la identidad es un proceso que emerge; se manifiesta y se afirma, en medio de luchas y contradicciones, en la confrontación con otras identidades,... estas contiendas tienen lugar en una relación desigual, de ahí que se diga que la madre de la identidad es la diferencia". (Jiménez, Gilberto. 1998).

Entender que cada visión de alumno en su proceso de construcción de identidad es único y es diferente permite, primero, en él mismo entenderse y comprenderse, en segundo lugar diferenciar el proceso de participación y liderazgo que tienen los profesores a fin de crear las condiciones que permiten el logro de expectativas y de objetivos escolares pero también de procesos encaminados hacia la reconstrucción de la identidad personal y profesional.

El **"ayudar"**, por ejemplo, constituye la parte esencial de la identidad profesional o es que este **"ayudar"** se puede transformar en participar, colaborar, intervenir y gestionar. El objetivo de práctica tiene concreción en y hacia las enfermeras, o bien el centro del cuidado es el paciente. La práctica es el cumplimiento de las actividades de las enfermeras, es el **"mantenerse ocupada, es el hacer"** o bien la *práctica enfermera* va más allá del **"...cumplimiento de múltiples tareas... más bien es e implica la agudeza intelectual..."** para responder a las necesidades de las personas y planear su cuidado siendo éste último la esencia de la práctica enfermera, el cuidado **"comprende aspectos afectivos o humanistas relativos a la actitud y compromiso y aspectos técnicos..."** además de complementarse con el objetivo a cumplir y que implica...**"el significado del cuidado, la intención y la meta"**. De manera sintética se menciona que:

la práctica enfermera puede ser concebida como un campo de experiencias donde se viven a la vez las creencias y los valores arraigados en lo esencial de la disciplina, la aplicación de conocimientos, así como el ejercicio de un juicio clínico que lleva a una intervención reflexionada. (Kérovac, Suzanne. 1994, p.6-7).

Las palabras clave de "ayudar a las enfermeras" y "mantenerse ocupada" generaron esta discusión, sin embargo es obligado decir que la práctica enfermera es una *clase* de práctica que también puede ser analizada en función de qué hace que esta práctica enfermera sea así y no de otra forma.

Al respecto se menciona que la "práctica social es más que las relaciones entre los individuos, es más que la construcción lógica que conlleva la conducta de las personas, su naturaleza individual y su concepto de las situaciones concretas, la práctica social también incluye el concepto que tienen los individuos de sí mismos como integrantes en su práctica social concreta" (Langford, Glenn.1999, p.25-26).

Las prácticas sociales se llevan a cabo en el contexto social amplio de una sociedad, y son los individuos miembros de ésta quienes realizan esas prácticas sociales. "Las relaciones entre una sociedad y sus miembros y entre una práctica social y sus practicantes, es también interna, cada cual depende de los otros para ser como es".(Langford, Glenn. 1999, p.25-26). Cada uno de los conceptos de individuo y el de práctica social debe comprenderse a partir del otro.

6.2.2. Rol de "hacedor"

Al rescatar en el apartado anterior el concepto de práctica enfermera como una práctica social y esta última como premisa para entenderla en su acepción amplia, es preciso hablar en términos más específicos de las *prácticas de enseñanza de los alumnos*, ya que éstas se llevan a cabo en condiciones, situaciones, tiempos y espacios concretos y que si bien las acotaciones realizadas

en torno a la práctica social y a la práctica enfermera son el punto de llegada y recreación de las mismas; durante el proceso de formación tiene lugar su construcción, limitación y/o transformación de las prácticas.

Se menciona que las prácticas de enseñanza "son una ocasión para aprender y para el desarrollo profesional, es fundamental acercar a los estudiantes a la realidad de la práctica profesional..., esto implica hacer uso y recreación de la teoría y además incluye la interpretación, el cuestionamiento y la reflexión" (Sepúlveda, Ruiz, 1999 p.1-10). Considera al **Practicum**¹⁰ como el elemento clave para su logro. Menciona que ésta interacción requiere de una serie de condiciones que lo aseguran y no se constituya la práctica de los alumnos en una práctica reproductora y acrítica que derive en pensamientos y acción que favorezcan una identidad con la profesión basada en lo anterior y en hábitos, costumbres y rutinas ya instituidas.

La rutina y la reproducción de la misma tuvo lugar en el siguiente relato:

"llego al servicio y me voy con las enfermeras a recibir turno" (R-14,CS)

... "me pongo a repartir termómetros a cada uno de mis compañeros para su sala... Me pongo a preparar medicamentos bajo la supervisión de la enfermera... doy medicamentos con la docente... tomo signos vitales, reviso útero de las pacientes púerperas y de cesárea... Realizo las notas de enfermería... les indico a las pacientes que se paren a bañar... a una paciente con cesárea le indiqué que primero se sentara para que no se mareara, le ayudé,... se paró a bañar... en el baño se desmaya... una señora gritó asustada, histérica, fuera de onda... una enfermera y yo la ayudamos y la pusimos en una silla de ruedas y la trasladamos a su cama... la jefa de enfermeras preguntó que quién le indicó que se parara a lo cual le respondí que yo y me barrió y me

¹⁰ Sepúlveda, Ruiz, 1999 p.1. El autor utiliza el término cuando escribe acerca de las prácticas de enseñanza inicial de los futuros docentes para designar a un "todo" clave en la formación práctica, mismo que debería de actuar en forma coordinada y con fines comunes. Se refiere al proceso de asesoramiento a través de la función supervisora (integrada por el tutor, el supervisor y el alumno), a los objetivos de la formación práctica y los modelos pedagógicos que subyacen y que plantean un proceso de enseñanza, éste debe ser guiado, planificado intencionalmente y asesorado. También se refiere a todas las condiciones necesarias para que las prácticas se constituyan en una ocasión para aprender y todos éstos elementos y condiciones contribuyan para alcanzar su potencialidad.

trapeó con sus regaños... se enteró la docente y me llamó la atención, le expliqué que fue por indicación de la enfermera... las enfermeras me dijeron que no era mi culpa que me entrara por un oído y me saliera por el otro... Ese día no realicé ni valoración ni planes de atención... Fuimos al aula de enseñanza a una plática sobre autoestima", (R-14,S)

Llama la atención que en todas las actividades realizadas se observa el hacer cosas, no se expresa el pensar y sentir y la mayoría de ellas están relacionadas con la rutina del servicio (puerperio), tal parece que el sentido de las actividades sobre todo en la primera parte del relato se ubica en una "forma de actividad humana que los griegos, ejemplificados por Aristóteles, llamaban **poiesis** o **poietike** (acción productiva)"¹¹ es decir las actividades de la estudiante ubican el: "repartir termómetros", "preparación de medicamentos", "tomar signos vitales", realizar "notas de enfermería", como actividades descontextualizadas ya que no explicita cual es su fin (**praxis**) y sus acciones referidas no expresan lo que debe hacerse (**phronesis**); por tanto la construcción de significados en la estudiante acerca de lo que es la práctica de enseñanza se conformará más tendiente hacia la idea de que la profesión es una actividad humana que se manifiesta bajo el concepto: trabajo.¹² Es así que la práctica (no como praxis) desde la evidencia anterior referida a la rutina, sería un trabajo cuyas acciones tendrían un potencial multiplicador y productivo donde lo que media es la técnica (techne); lógicamente esta posición no agota la aspiración actual de la formación de Licenciadas en Enfermería así como su práctica profesional que pretendería, -ubicados desde Arendt- enfatizar la enseñanza hacia la formación futura de profesionales de

¹¹ Langford, Glenn. 1999 p.69-71. Retoma a Arendt quien menciona que la poiesis o poietike (acción productiva) es una forma de actividad que al funcionar elabora productos como resultado de una idea (eidos) y se transforma en acción productiva (poietike) a través de la disposición humana a la técnica (techne). Por el contrario la praxis es la forma de actividad humana que corresponde a la "acción" y que es inherente a los hombres y entre las personas, la interacción sería la parte vital de esta forma de operar en el mundo. Las ocupaciones serían más formas de acción (praxis) que formas de trabajo (poietike). La praxis también contiene a la (phronesis) que recupera la ética profesional, se refiere a lo que "debe hacerse" pero este juicio deberá pasar por el colectivo, aspecto que dota de potencialidad a la práctica.

¹² Se retoma el planteamiento de Hannah Arendt citado en Grundy, Shirley 1995. p. 68-69, quien menciona que la condición humana en alguna actividad se expresa en tres formas: la **labor** relacionada con el ciclo de la existencia humana donde el fin se termina para lo cual existe un modelo y su utilización no tiene fin, tiene potencial más bien multiplicador; finalmente la **acción** continúa directamente entre los hombres sin el intermedio de cosas o materia. Es la muerte del organismo humano; el **trabajo**, cuyo final es un objeto terminado, es un acto de fabricación se inicia y se termina para lo cual existe un modelo y su utilización no tiene fin, tiene potencial más bien multiplicador; finalmente la **acción** continúa directamente entre los hombres sin el intermedio de cosas o materia.

enfermería en lo que se ha llamado *praxis* cuyo sentido y gran potencial se base en las interacciones a través del ejercicio individual y colectivo de la *phronesis* que guíe a la práctica profesional, defina sus límites y visualice la potencialidad de rebasarlos y/o reconstruirlos.

Por otra parte en el relato anterior (R-14,S) se identifican dos planos de conflictos éticos de lo que "debe hacerse": el primero se refiere a una acción representada por la estudiante y una enfermera al indicar el baño a una paciente y ésta sufrir un accidente (caída) por efecto de un desmayo; otra acción representada por la jefa de enfermeras y la docente al cuestionar la decisión del baño, así como a la autora de la misma (estudiante). En este caso, si existe alguien que no tuvo que ver en lo que corresponde al bien del hecho (parase a bañar) y la decisión traducida en la orden: fué la estudiante, ya que ella solo recibió indicaciones por parte de la enfermera.

Esta aclaración deslinda la responsabilidad directa, aunque la lectura del hecho se puede hacer desde la acción de la estudiante al recibir, cumplir la orden, ser "regañada" por las consecuencias de la misma y no intervenir al aclarar los hechos. ¿Cómo sería entonces otra forma de interpretar ésta experiencia de la estudiante?

Si el resultado es referido por la estudiante así:

... "como la jefa de enfermeras es muy intransigente me evité la pena de contestarle". (R-14,S)

Se infiere una estrecha relación entre el nivel de estima o autoestima y la conformación de su identidad.¹³ La estudiante se solidariza con el grupo de enfermeras al incorporarse a la rutina, obedece y es leal ante el regaño no evidenciando que otra fué la que tomó la decisión, al ver esto las enfermeras responsables de ésta, no tienen una conducta ética, pero "aparentemente" también le manifiestan su solidaridad: en los procesos constitutivos de la identidad esta etapa corresponde a un fenómeno llamado **perteneciendo**, el **siendo** se evidencia por la disposición de la estudiante al incorporarse a las actividades de rutina del servicio, al ser obediente y tolerante; el último fenómeno corresponde al **cargando** y es una mezcla de experiencias y trayectorias de lo que han sido sus prácticas, ¿Qué le han significado?, ¿Qué sentido le ha atribuido a las mismas y quienes han sido sus interlocutores?.

En este caso para la estudiante la práctica es protagonizar el rol de hacedor de rutinas; sus principales interlocutoras son las enfermeras y que en el caso particular del relato reproducen el imaginario de la estudiante; esto limita el reconocimiento de sí misma y la posibilidad de autonomía personal; ya que el mero reproducir las prácticas de otros, no permiten al alumno confrontarse de manera íntegra con la realidad y por tanto reconocer las opciones múltiples de actuaciones, formas de pensar y forma de decisiones.

¹³ Jiménez, Gilberto. (1998). Mimeo. En los procesos constitutivos de la identidad se dan tres fenómenos simultáneos: a) **Perteneciendo**: se refiere a las características que asume la identidad "a partir de la filiación del individuo a diferentes grupos o colectivos"... ésta inclusión "hace que se experimente un sentimiento de *lealtad* mediante la asunción de un rol"... esto hace que se derive el **STATUS DE PERTENENCIA**, "vinculado con la dimensión simbólico cultural de las relaciones y las interacciones sociales"... al mismo tiempo cuando se pertenece a un grupo se comparten representaciones sociales (información, creencias, opiniones, actividades, etc) que también contribuyen a la construcción de una realidad común... "de ésta forma el hombre piensa, siente y ve desde su grupo de pertenencia"... a través de tres vínculos de integración: la representación que tiene respecto a la posición que guarda en el interior del *grupo* en un *tiempo* dado, la posición que otros agentes guardan en la misma posición u otras en el mismo espacio.

b) **Siendo**: Son atributos "considerados en sí mismos como identidad"... sus características (disposiciones, hábitos, tendencias, actitudes y capacidades) tienen un "significado individual y funcionan como rasgos de personalidad" (inteligente, perseverante, obediente, imaginativo, etc) otros tienen un significado relacional (tolerante, amable, comprensivo, sentimental). "Los atributos derivan de la percepción o de la impresión global que tenemos de las personas: en las interacciones sociales y a través de ellas se manifiesta un carácter selectivo".

c) **Cargando**: Representa el conjunto de narrativas de la historia de vida cuyos actos y trayectorias le confieren el sentido a los individuos... "es producto de una transacción entre la autonomía personal y el reconocimiento de la misma por parte de los interlocutores del sujeto"... las representaciones sociales constituyen el filtro donde la ilusión biográfica le da "coherencia, orientación e intención a la vida propia", le "atribuye sentido a la existencia narrada". En esta dimensión el intercambio interpersonal (amigos, conocidos) conforma la identidad personal y la colectiva le permite "conferir significado" a sus acciones.

El segundo plano de conflicto se relaciona con lo anterior, la forma de valoración de sí misma, el perteneciendo, siendo y cargando de ninguna manera se relacionan con el cumplimiento de objetivos escolares dedicados a la práctica del cuidado enfermero a través del ejercicio intelectual llamado proceso de atención de enfermería que le fundamentaría el ejercicio de su praxis.

Se observa, para finalizar, que estos dos conflictos, si bien atienden a planos individuales, también lo son colectivos. La práctica de enseñanza protagonizada por las alumnas e inscrita en la práctica social profesional de la enfermería, si bien se diferencian en actitudes y formas de ver su práctica, existen momentos en que una subsume a la otra (cuando la estudiante se implica en la rutina), pero se considera que este no es el fondo.

La discusión profunda de la práctica social comprende el cómo la ven las enfermeras, las estudiantes y las maestras; como se ha venido construyendo, sus esfuerzos, logros y planes; con el fin de entender a los protagonistas de la práctica, tal como se ven así mismas. Comprender y entender su identidad permitirá reformular y encontrar el verdadero objetivo y esencia de la práctica social de la enfermería.

VII. Cuando la institución marca el criterio.

Lo que se produce del encuentro entre dos instituciones como lo son la de salud y la escuela y concretado en los estudiantes que realizan su práctica clínica hospitalaria, conducen a pensar que no es algo establecido en los objetivos y fines en los convenios institucionales, o en los objetivos del programa. También trasciende a no pensar que el estudiante de manera pasiva y mecánica adopta los sistemas, reglas y valores que se imponen.

La dinámica compleja de una institución de salud tal vez obligue e imponga a pensarla, como una institución donde se privilegie lo dado y lo instituido; pero por otro lado los grandes ideales de la institución escolar obligan a posicionarse en un concepto de institución en donde su energía la constituyen los seres humanos.

En lo que corresponde a la formación de los alumnos y a partir de sus experiencias en el proceso de construcción de significados producidos en las múltiples interacciones tendrían la posibilidad de visualizar la parte instituyente de las instituciones es decir en el margen de posibilidad de reconocer sus vivencias y la parte protagónica que le corresponde.

Esta forma de pensar a la práctica y pensarse el alumno dentro de la misma, conlleva hacia una cultura que tiene que ver con la formación, con una cultura construida desde la experiencia y con un fuerte vínculo con los objetivos de la educación superior de formar profesionales conscientes de su realidad, ubicados en su contexto, con una base firme de conocimientos disciplinares y con valores humanos universales que lo ubiquen en su praxis y en el uso ético de la tecnología.

A partir de reconocer los diversos elementos que subyacen en las interacciones que tiene el alumno en su práctica, en eventos relacionados con la normatividad, con la rutina, con las acciones y comportamientos, así como los valores que se privilegian en ellos permite visualizar la manera en que el alumno los significa a través de sus expresiones y prever los rasgos que en torno a su persona (orden, rutina) y a su profesión (solidaridad, autonomía, lealtad) internaliza.

7.1. La escuela.

En la práctica de enseñanza de los estudiantes aún y cuando se está hablando que se realiza en el ámbito hospitalario confluyen e interactúan dos

instituciones, dos formas de cultura: la institución educativa representada por los estudiantes y maestros de la Facultad de Enfermería; y la institución de salud que es la sede de la práctica y es quién recibe a los primeros.

En capítulos anteriores se ha retomado a la cultura experiencial como la plataforma en la que los estudiantes han ido construyendo sus significados, sus afectos y sus comportamientos; se ha dejado también claro, que su biografía personal previa y actual que contiene elementos de su medio social y familiar, son el reflejo de la compleja interacción anterior y vinculados con un contexto mayor.

A partir de esta perspectiva analítica es preciso ubicar a los estudiantes donde la cultura experiencial toma un cuerpo y al ámbito hospitalario como espacio en donde se desarrolla ese cuerpo.

No es objetivo del presente, un análisis sociocultural del espacio educativo y de salud, más bien se trata de evidenciar relatos íntimamente relacionados con la parte institucional (educación y salud) que promueven y condicionan fuertemente el proceso de construcción de significados.

Como parte de la formación teórico – práctica de Licenciados en Enfermería, en el cuarto semestre se encuentra el deseo de formar al estudiante para el cuidado enfermero en una parte del ciclo de vida fisiológico (sano) relacionado con las etapas del noviazgo, matrimonio, embarazo, parto, puerperio y atención inmediata al recién nacido.

Para la implementación del cuidado enfermero en el embarazo y en las etapas siguientes, la práctica se realiza en el área tocoquirúrgica y en el servicio de puerperio. La mayoría de los fragmentos significativos de los relatos ya han sido agotados, sin embargo se van a retomar algunos, con el propósito de darles

especificidad en relación con la responsabilidad que tiene la escuela bajo la perspectiva de formación.

7.1.1. El concepto de institución

¿Qué pasa cuando los estudiantes se sienten parte de la experiencia, al evidenciar sus conocimientos, sus habilidades, sus sentimientos, etc; cuál es el papel de la escuela ante ello?, ¿Se da cuenta de lo que le pasa al estudiante?

El siguiente relato muestra la implicación del estudiante:

"... entre el interno y yo le decíamos a la paciente que necesitábamos que cooperara para que su bebé pudiera nacer, pero la señora no nos hacía mucho caso,... la señora se cansó de pujar y el bebé tardó un poco en nacer, de modo que cuando nació el bebé no respiró inmediatamente, y me puse algo nerviosa, porque yo era la que iba a recibir al bebé, pero como el interno se dio cuenta de que las cosas no andaban muy bien, me acompañó a la cuna térmica y el bebé no reaccionaba, así que entre la enfermera y yo le ayudamos a darle reanimación... el bebé no quería respirar y habían pasado como 5 minutos y me asuste... el interno comenzaba a desesperarse y que grita "mugroso chamaco ya respira" y como por arte de magia el pequeño respiró... gracias a Dios el bebé no se puso grave..." (R-2,S)

Las partes subrayadas muestran dimensiones del ser humano que la institución formadora de recursos humanos no puede dejar de tomar en cuenta, mucho menos cuando se trata de la profesión de enfermería, cuya meta es el cuidado, tanto a individuos como a grupos de individuos. El logro de ésta meta es ejercida por individuos, es decir por profesionales de la enfermería; quienes son formados en las universidades y en donde se concretan los grandes ideales en cuanto a conocimientos teóricos–disciplinares, de su micro y macro entorno; conocimientos que tienen que ver con el desarrollo y ejercicio de los valores éticos y morales que son inherentes al conocimiento y la práctica de la enfermería; así

mismo en relación a conocimientos de su ejercicio profesional en términos de habilidades, destrezas y competencias técnico – metodológicas que le permitan desarrollarse en los diferentes ámbitos y situaciones de salud – enfermedad.

Es así que cuando los estudiantes experimentan situaciones como la arriba señalada, la institución escolar tiene que cuestionarse de manera profunda ¿Está cumpliendo?, ¿Sus sistemas tienen más esfuerzos dedicados al saber?, ¿Al conocer?, a la información, o bien su función va más allá, es decir hacia el cuidado de la vida, al ser humano en su proceso vital. La estudiante como sujeto en formación es el punto de partida pero también es la persona que la sociedad le prestó a la Universidad a fin de que al regreso a ella pueda participar y transformar mediante su disciplina y ejercicio profesional las demandas y misiones.

Un estudiante que orienta, que se preocupa por el otro, que siente, que participa, que conoce lo que hace, que tiene aspiraciones, que se siente capaz en habilidades técnicas, que tiene fe y esperanza; ¿Es un estudiante que refleja una manifestación de su cultura personal e institucional pero también es un marco desde el cual la institución puede nutrirse y transformarse?.

Abrirse más allá de un organismo con una serie de sistemas hipostasiados y de reglas que vigilan la funcionalidad, es pensar en que la institución tiene movimiento y que este parte precisamente del concepto que tienen de si misma a través de la integración de la energía institucional, de quienes trabajan en ella, es decir de los profesores, de los alumnos y de todo el personal involucrado; pero sobre todo los dos primeros elementos serán los que con la idea de grupo con fines y objetivos comunes, en la interacción constante y necesaria darán movimiento a la institución escolar al replantear el concepto de práctica de enseñanza en el caso concreto que nos ocupa.

Este es un margen de posibilidad que existe en las instituciones en general y en la escolar, donde "la vivencia es o puede ser una referencia"¹⁴ del individuo o del grupo para el análisis de la institución así como de la creación de una forma de condicionar, organizar y unir la práctica de enseñanza en la clínica.

Otro margen de posibilidad, además del reconocimiento de la vivencia, es la parte protagónica de los involucrados en la práctica de enseñanza clínica ya que en este caso no se considera a la institución como el conjunto de normas que regulan el sistema social (Durkheim); a la institución que se le atribuye un rasgo estético, inamovible y determinista. La idea es rescatar la aportación de Lourau (1970, p.137) acerca del concepto de institución, donde lo "**instituido** corresponde a lo establecido, las normas y el estado de hecho"(Lourau, Rene. 1970, p.137); mientras que lo **instituyente** corresponde al margen protagónico y de propuesta que tienen las personas dentro de las instituciones, es decir tomando en cuenta lo instituido. En este proceso también puede ocurrir una **institucionalización** ya que presupone:

una acción inmediata y recíproca, existe sincronización de la conciencia del agente y de las perspectivas y concordancia de los sistemas de relevancia donde se pueda interpretar al otro. Todo descansa en un mundo común circundante y representa el fundamento para el engranaje de los diferentes momentos del acto en la acción social.(Luckmann, 1996, p.120) .

Ciertamente no se propone una independencia total entre la institución escolar, enseñanza de la práctica clínica y los maestros y alumnos que participan en ella; sino que a partir de este vínculo complejo y de la definición de metas, objetivos y misión de la escuela se rescaten las experiencias de lo vivido y se prevea lo por-venir.

¹⁴ Leddy, Pepper. 1985. p.150. Hace referencia a Lawrence Kohlberg que explica el desarrollo de los procesos de razonamiento que sirven de base a la moralidad. Menciona al **razonamiento moral preconvencional**: obediencia literal a reglas, evitar el castigo y no hacer daño a los demás; **razonamiento moral convencional**: actuar como esperan los demás, para obtener aprobación y **razonamiento moral posconvencional**: las decisiones se derivan de los derechos, valores y principios las reglas se interpretan subjetivamente bajo los principios universales de moralidad.

7.1.2. El concepto de formación

Para la formación profesional de las enfermeras es necesario considerar que la práctica, es irrenunciable, que se encuentre prevista dentro de la estructura curricular así como la claridad de condiciones y fines para que se convierta en lo que se menciona que "la primera fuente de sabiduría sobre las acciones es la experiencia de lo hecho" (Sacristán, Jimeno. 1998, p.85); y esto alimenta la experiencia, le da contenido, sentido e intencionalidad a su formación profesional. Siempre y cuando también exista un reconocimiento de los resultados y procesos de la práctica clínica para retroalimentar el currículo.

Por ejemplo en el siguiente relato se dejan ver los grandes ideales de una profesión: el saber, el saber ser y el saber hacer:

"cabe mencionar que tenía mucho miedo, temor porque iba a entrar a área... me sentía muy insegura, bueno ya entré, me sentía frustrada, mi compañera Carmen me enseñó todo lo que se hacía, ya había estado con anterioridad en el servicio... mi mayor temor era recibir entre mis brazos a un pequeñito y saber que tenía en mis manos una vida, una responsabilidad..."(R-4, S).

Es más que evidente que en un instante una experiencia que tiene la estudiante se convierte en una posibilidad formativa cuyo contenido muestra los grandes ideales de la formación; el saber, el saber ser y el saber hacer. Pensar la riqueza de elementos formativos que encierra la práctica clínica, orienta hacia la determinación de contenidos teórico-prácticos, a las metodologías del proceso de enseñanza práctica, a la responsabilidad y compromiso del profesor en éste proceso y a la determinación, selección de los vínculos institucionales.

Asimilar que la institución y que la práctica no son espacios físicos y que su cuerpo toma forma con las personas que participan en ella; es asumir, comprender

y apropiarse la cultura que se construye a través de la experiencia y aún más, implica retomarla para integrarse a los objetivos y estrategias que se vinculen con la educación superior pública cuyo fin sea la formación de profesionales cultos;¹⁵. Esta idea no se contradice con el planteamiento de Orozco Fuentes, (1998), que menciona a la formación profesional como un concepto que tiene múltiples implicaciones derivadas del ámbito económico político y cultural, de los procesos productivos y de los servicios que hace que los valores y principios educativos, sobre todo la educación pública debieran ser analizados. Hace referencia a Francois Lyotard quien menciona la necesidad de un cambio del estatus en el saber científico ya que este saber se produce, se vende, se consume y se valora para su nueva producción, lo que implica ver a los seres humanos con criterios de eficiencia.

Por otra parte Orozco Fuentes (1998) enfatiza que el nuevo discurso retoma a la formación en competencias ubicadas más hacia las lingüísticas, necesarias para el lenguaje de la tecnología (uso, acceso y utilización) que la competencia sobre lo social y la competencia valoral. Por tal motivo convoca a los educadores a reactivar el "valor social y espíritu de servicio de la educación universitaria" ante la emergencia del significado **saber hacer** en competencias. Nos menciona que el cuidado que debemos tener para tomar y retomar los discursos de la postmodernidad nos ubican en el compromiso adquirido como educadores y en las posibilidades de intervención frente a los determinantes totalizantes, homogéneos y unificados que le dan funcionalidad al sistema social dentro del intercambio comercial mundial; a esta posibilidad se le llama **paralogía**.

¹⁵ El concepto de profesionales cultos es planteado por Armando Zubizarreta (1985, p.1-7) y donde a partir de la idea central de su texto referente a tres vertientes en relación a la función de la Universidad Pública: por un lado está la de producir profesionales, la de preparar científicos y la de crear hombres cultos. Integra las tres vertientes pero con un sentido más humanista que utilitario e integra la ética humanista que permite la reflexión de la ciencia, de la tecnología y del propio autoexamen del hombre, es decir de una ética de la inteligencia humana; fiel a la existencia misma del hombre. Además expresa que el hombre culto es quien sabe de su disciplina, que es consciente y conoce de su cultura, que es consciente de su participación en la naturaleza y su entorno, que se siente responsable de la sociedad y comprende su dinámica y que identifique y ejerza los valores de libertad, responsabilidad y solidaridad con él y con los demás.

El concepto de formación que plantea a lo largo de su propuesta es la formación de sujetos no solo ejecutantes que pueden situarse en la compleja realidad social de un mundo marcado por enormes asimetrías sociales; una formación que no suprime sus rasgos sociales y su subjetividad sino que se parte de ellos para construir realidades para negociar proyectos y empeñarse en ellos.

La formación es la creación de momentos y estructuras curriculares a través de saberes que permitan comprender el juego de asimetrías para construir interrogantes y problemas en donde se ubiquen las condiciones existentes y después crear los espacios para las practicas curriculares. La formación de sujetos sociales inscritos en la idea de praxis, pensantes y analíticos, no sólo consumidores de información y determinados por el lenguaje performativo.

7.1.3. Vínculo teoría – práctica.

Este tema ha sido abordado de manera implícita en los capítulos anteriores sin embargo, en éste momento se tratará de enfatizar el papel de la escuela en éste vínculo, así como el papel del profesor como elemento que lo potencia.

Muchos pueden ser los abordajes acerca del debate de la vinculación de la teoría con la práctica. De ésta última desde luego que nos sirve los conceptos de práctica social, de praxis y de acción y es precisamente desde éstos en que ubicamos ahora la práctica de enseñanza – aprendizaje.

Esta práctica incluye acciones que tal vez entendamos, incluye conocimientos que no solo son teóricos y aprendidos en la escuela, pero ésta práctica es significativa para el estudiante cuando ya no es platicada en clase, con los compañeros o amigos; sino cuando ya la vivió, la reflexionó y encontró los por qué y para qué de sus acciones.

Lo que hacemos, lo que actuamos, nos hace... Saberes acerca de cómo, sobre qué, por qué y para qué de nuestras acciones y sobre la de otros constituyen un acervo de información que los sujetos extraemos de la acción. El conocimiento se liga en sus raíces a la práctica entendida como acción. Reflexionar sobre la práctica es consustancial a los seres humanos... El pensamiento es inherente, a la acción humana, constitutivo de la misma, un efecto de su eco... Desde luego que ésta no es la única mediación de la actividad. (Sacristán Jimeno, 1998, p.120-121).

Otras cosas que median pueden ser objetivos, motivos éticos, roles, rutinas, imposiciones, etc. Pero la ideología dominante en que la teoría tiene un privilegio sobre la práctica, el relato siguiente sirve de ejemplo y donde el alumno expresa que lo ocurrido se debe a la falta de conocimiento teórico para enfrentar la práctica:

"yo me sentí muy nerviosa, no sabía que hacer, yo me puse a brincar ya que no sabía que hacer, me mandaron a traer el equipo de parto y traje el de sutura... no sabía cual se necesitaba... al final estaba tan cansada y con tanto miedo que hasta pálida estaba, me fui a sentar un rato... Ahora empezamos a llevar la clase de parto y yo ya terminé mi periodo de toco, es por eso que decimos que la teoría va a destiempo con la práctica" (R-6,R)

La observación sistematizada a través de la experiencia docente, muestra que el alumno no reconoce, no recuerda y no valora el conocimiento previo de sus vivencias, a éste casi siempre lo ubican fuera de ellos y sin vínculos con la teoría.

La teoría es vista como el centro y la responsable del saber hacer cosas "no sabía que hacer" y es causa de angustia en los estudiantes cuando no se ha revisado antes de realizar la práctica. Teoría y práctica son dos eventos separados y también es vista la práctica como el lugar de aplicación de la teoría. Esta situación no solo es pensada desde los alumnos, también lo es en los profesores y personal de los servicios hospitalarios, principalmente por parte de las enfermeras.

Existe la necesidad urgente de la reconstrucción del significado de la práctica, sus fines, sus objetivos y sus estrategias para llegar a ello. En este sentido cobra primordial importancia el maestro, desde la elaboración del perfil, el conocer sus significados sobre la práctica, el conocimiento y construcción didáctico – pedagógica que posibiliten la búsqueda de condiciones, situaciones y estrategias intelectuales y de espacio físico, que hagan de la práctica un espacio de formación.

7.2. La institución de salud

7.2.1. El poder y la obediencia

La enfermería es una de las profesiones aplicadas del área de la salud que tiene responsabilidades básicas que cumplir para la satisfacción de las demandas sociales a las que debe su existencia; éstas son: "Deben lograr u obtener las metas de las razones sociales que soportan su existencia". "Deben reclutar, educar y retener un numero suficiente de individuos preparados y motivados para satisfacer las necesidades sociales" (Durán de Villalobos, 1998, p.18-19).

La práctica se convierte en el medio para dar cumplimiento al mandato social lo que implica además un cuerpo de conocimientos científicos que le den sustento. Sería imposible pensar en un profesional de enfermería que se dedique a la clínica, sin tener práctica o que sólo tenga una preparación teórica. La práctica se nutre de la teoría y viceversa.

La práctica clínica vista como el término que designa un ámbito del trabajo profesional en donde se realizan actividades de primero, segundo y tercer nivel de atención a la salud, dentro de instituciones de salud gubernamentales, de seguridad social, descentralizadas y privadas, constituye, en el momento actual, el ámbito dominante de desempeño profesional.

En el proceso de formación de estudiantes de enfermería éstas consideraciones anteriores son tomadas en cuenta porque si se quiere formar a una enfermera profesional se tienen que prever las condiciones y estrategias para lograrlo. La articulación entre la universidad (Facultad de Enfermería) y las instituciones de salud juega un papel importante para la formación (teórico - práctica) de los futuros profesionales de enfermería.

Cada programa académico de la Facultad de Enfermería plantea objetivos que den salida a los objetivos teóricos y prácticos, así como la selección de instituciones más *ad-oc* que favorezcan la enseñanza práctica.

Es posible que esta selección por parte de la institución educativa, sea determinada desde los objetivos, servicios institucionales, condiciones de infraestructura, espacios físicos, facilidades y condiciones pedagógicas, establecimiento de convenios, etc, con que cuenta la institución de salud; sin embargo este plan formal es rebasado en la práctica cotidiana, ya que la dinámica concreta del servicio de la institución de salud se ve influenciada por condiciones y eventos impredecibles y con alto grado de incertidumbre.

La estudiante y el profesor se desarrollan entre las demandas y exigencias de la institución de salud (servicios de tocoquirúrgica y puerperio) y del cumplimiento de los objetivos que le marca el programa de materia; en muchos casos esto último no se cumple, aunque lo que se logre incluso puede rebasarlo; muchas veces, es la dinámica de los servicios y el contenido de la misma quien impone y muestra el qué, cómo, quien y desde dónde aprender la práctica.

La normatividad, las rutinas, la infraestructura, las actitudes y el ejercicio de los valores, entre otros, son elementos a considerar en la cultura experiencial que van configurando los estudiantes en su práctica clínica. Es en el cruce de éstos

elementos, a través de las formas de interacción, en las que se producen resultados que muchas veces evidencian lo que existe tras de sí en la actividad práctica.

Por ejemplo una estudiante en el servicio de puerperio obedece una indicación verbal de parte de una médico y se genera una situación de controversia:

...“la doctora me dijo que retirara los líquidos, yo se los retiré.. llegó una de las enfermeras y me llamó la atención muy fuerte delante de los demás pacientes y dijo que ni yo ni la doctora sabíamos cuáles eran las indicaciones para retirar líquidos... por supuesto yo no las sabía, hasta después lo supe... esto me molesto mucho...” (R-5,CS,S,R)

La estudiante se sintió molesta ante el reclamo injustificado y la llamada de atención frente a los demás pacientes. Detrás de esto está la indicación de la médico, pero todavía más, atrás está la obediencia del estudiante y que solo existirá si existe una relación de poder. Poder de la “doctora” que dio la orden y la enfermera que cuestionó la orden, el cumplimiento de la misma y que negó a los personajes (la médico, y estudiante de enfermería). La enfermera ejerció su poder de conocimiento y del manejo en el cuidado enfermero.

Sin embargo es preciso preguntarnos ¿Qué es la obediencia?; ¿Por qué se obedece?; ¿Qué relación existe entre la obediencia y el poder?; ¿Cuál sería la posibilidad que tendría la estudiante entre ese vínculo poder – obediencia?.

Es necesario contestar las preguntas asumiendo un lugar, este lugar desde la filosofía, menciona que obedecer es “estar determinando desde fuera en tanto que el que manda se determina a sí mismo al determinar a otro” (Sánchez Vázquez, A. 1999, p.17). Obedecer es un acto consciente, individual, que tiene

efectos reales. El poder solo admite la obediencia que se da objetivamente en el acto observable aunque también pretende que esté interiorizada; éste es el plano interior, el plano necesario para el que ejerce el poder y finalmente el plano efectivo de la obediencia es un acto cuya efectividad es ineludible para el que obedece.

Para el poder no importa que el sujeto obedezca por lo interior, sino por lo que hace y que prueban su obediencia. Pero como es un acto humano así como tiene su lado externo objetivo, también tiene su lado interno subjetivo. La obediencia tienen un componente cognoscitivo, valorativo y moral.¹⁶ El poder no es indiferente a éstos componentes, pues aunque reclama siempre la obediencia activa preferiría que esta fuera comprendida, aceptada y asumida la decisión de realizarla. Cada uno de los componentes y en su conjunto nos ofrecen la plataforma para contestar la pregunta de por qué se obedece.

Para entender la relación de poder y obediencia, Hegel en fenomenología del espíritu la ejemplifica con lo que él llama la dominación y la servidumbre, lo primero representado por el señor y lo segundo por el siervo y es en el trabajo donde el siervo opone su fuerza: la desobediencia pero no en la lucha política, fuerza siervo – fuerza señor, sino en el trabajo, en su fuerza espiritual, el siervo se siente libre aunque sea idealmente. Pero la liberación efectiva exige lucha (desobediencia efectiva).

Al respecto Hegel menciona que esto no basta, no es suficiente y cuando habla de la liberación menciona que ésta se encuentra en el "espíritu moral", en la revolución interior; en éste sentido esta última daría paso a pensar en el poder como dominio y cómo el ser humano cristaliza las relaciones de dominación, éste

¹⁶ Sánchez Vázquez, A. 1999, p.17. El componente **cognoscitivo** de la obediencia incluye la representación y lugar del que obedece y al que obedece en la relación de dominación. El componente **valorativo** es la aceptación o rechazo internos y de la relación de poder en que se dá. El componente **moral** es el margen de libertad que tiene el sujeto para obedecer o no en el acto, es la llamada "**obediencia debida**". Estos componentes existen para el que obedece.

espacio es lo que puede hacer que el sujeto tenga poder para crear las condiciones de acceso hacia la autodeterminación del individuo y a la verdadera realización de su libertad, es decir amputar el carácter político (poder externo) del poder y entrar al verdadero poder propio, esto será el más allá del poder y de la obediencia. Se habla entonces de una obediencia propia, consciente y segura de sí misma, en una relación humana sin coerción, sin dominación, fundadas en la razón y el amor.

En el relato antes mencionado es claro que la estudiante no es capaz de percibir y por tanto significar de manera escrita lo que antecede a la llamada de atención por parte de la enfermera, lo que está encima y el efecto del conflicto provocó la molestia; fue capaz de valorar e integrar lo moral al hecho pero no al pensar: ¿Por qué obedeció?; ¿Qué la hizo decidirse a hacerlo?; ¿Le molestó el regaño o no estar consciente de las razones que la llevaron a obedecer?; o bien, no darse cuenta de su "obediencia debida" en el acto de obedecer, como espacio de libertad y autodeterminación, independientemente de lo que le representaba la médico y la enfermera; lo que al vincular con sus conocimientos y experiencia la llevaron a un acto –tal vez en hecho igual o diferente- pero en el plano subjetivo no le representaba lo mismo. Sería transitar hacia el verdadero poder propio, a la "obediencia propia". El poder del profesor en este caso está en su ausencia.

7.2.2. La rutina

Es frecuente observar que en el proceso de formación de la práctica clínica, las estudiantes se "insertan" de manera natural a las actividades de la rutina institucional: tomar signos vitales, aplicación de medicamentos, baños, cambio de ropa de cama, etc.

Esta situación para algunos estudiantes no causa mayor conflicto, para otros y para el docente en ocasiones el negarse a realizarla es motivo de negociación entre ellos y el personal de enfermería.

Una estudiante que sigue la rutina:

"... Llego al servicio (puerperio) y me voy con las enfermeras a recibir turno... me pongo a repartir termómetros a cada uno de mis compañeros para su sala... Me pongo a preparar medicamentos bajo la supervisión de la enfermera... doy medicamentos con la docente, tomo signos vitales... reviso útero de las pacientes puérperas y de cesarea... realizo las notas de enfermería... les indico a las pacientes que se paren a bañar..." (R-14,CS,S)

Otra estudiante que negocia la rutina con los objetivos escolares:

"le ayudé a la enfermera a realizar los pendientes y después a iniciar mi PAE (Proceso de Atención de Enfermería)... lo hice en una paciente en trabajo de parto puesto que en estas pacientes no lo había realizado y era mi primera experiencia, me emocionó mucho el escuchar el corazón del bebé, además de tocarlo al realizar las maniobras de Leopold y las acciones que se requieren y solo me faltaba la última acción que era el tacto, sólo me daba miedo realizarla sola y me esperé hasta que me apoyara mi maestra y al hacerlo me di cuenta de su dilatación y borramiento..." (R-16,S)

El contexto y la cultura de la institución de salud impone un contenido a la práctica, las dos estudiantes coinciden en actividades de rutina como el primer paso o el pase de entrada. La rutina en sí no tiene un valor negativo o una desvalorización en el cuidado enfermero, es parte del mismo; sin embargo cuando ésta es tomada sólo como el hacer y como la imitación, se convierte en mera reproducción, ya que el estudiante a través de sus acciones propias debería reflejar no solo el reflejo de otros, sino el reflejo de sus acciones ya reflexionadas pasando de la imitación a la experiencia directa ya transformada.

El ideal y la propuesta sería que la información "rutina" sea el motivo que potencie un razonamiento hacia: sobre cómo, para qué, y desde donde se visualiza la práctica; desde ahí entenderla, reinventarla y traducirla por el estudiante en sus acciones.

Se dice que toda acción humana es siempre duradera en la persona que la realiza:

La acción genuinamente humana, aquella que merece tal nombre, es siempre refleja, se refleja... Pues bien, un efecto de ese reflejo de la acción (reflexión es el proceso o el resultado de reflejar y de reflexionar) es la generación de conciencia sobre la acción que queda plasmada en forma de representaciones, recuerdos o esquemas cognitivos y creencias que pueden comunicarse, nutriendo a la memoria del material para pensar sobre las acciones pasadas y presentes y para orientar otras futuras... el conocimiento se liga en su raíces a la práctica entendida como acción... el pensamiento sobre la práctica es consustancial a la acción consciente, aunque también sabemos que la institucionalización de la misma y su rutinización puede llevar a que los sujetos pierdan esa conciencia y entonces aparezca la acción desligada de fundamentos racionales subjetivos, reflejando sólo la racionalidad de la institución...(Gimeno, Sacristán, 1998, p.120-121).

En este sentido al reconocerse el docente y el alumno como seres humanos, "como trabajadores" de los servicios, como "ejecutores o pensadores" de la rutina o como "transformadores" de la misma, tendrán la posibilidad de reconocer sus conocimientos, pensamientos y sus "teorías" sobre la práctica. Esto también constituye un acto formativo, que implica forma de aprendizaje, sobre todo del aprendizaje de la acción social:

Como todo trabajo (en el sentido de actividad consciente de los fines y que interviene en el mundo circundante), también el trabajo social no es sólo cosa del entendimiento. Haber entendido el proceso de un acto aún está muy lejos de haberlo ejecutado. Y haberlo hecho aún está muy lejos de haberlo dominado sin esfuerzo(Luckmann, 1996, p.121).

7.2.3. Reconocimiento al "trabajo" de los estudiantes.

Incorporarse los estudiantes a la rutina del servicio implica a veces "ayudar", "acompañar", "observar demostraciones" o "hacerse" cargo de todo el trabajo de las enfermeras que pertenecen al servicio de la institución de salud. Existen evidencias de maestras y de alumnas que refieren lo "agotador" de la práctica, máxime cuando está llena de conflictos y situaciones estresantes y con alto grado de incertidumbre. El dolor de piernas, la gastritis, la palidez, son signos y síntomas que con regular frecuencia manifiestan.

El "trabajo" de los estudiantes como forma de actividad humana se encuentra más ubicado en la poiesis, ya que las actividades solicitadas son de forma urgente y además eficiente; por tanto ver la actividad como praxis no es posible. La techné es la finalidad pero con la limitante de que el grupo y condiciones en donde interactúa la estudiante, no son requisitos que favorezcan una praxis, con posibilidades de transformación.

Con esto se pretende mencionar que reducir una práctica de enseñanza a procesos fundamentados sólo en la práctica; con énfasis en el ingrediente de la repetición y sin o con dificultades en la interacción; favorecerá en el estudiante, identificación reducida de la profesión a procesos técnicos y con las certezas que la tecnología promete.

Una estudiante en el servicio de puerperio sirve para ejemplificar la idea de trabajo:

... "Al terminar de recibir el turno nos dispusimos a tomar signos... las enfermeras encargadas nos dejaban todo el trabajo al principio, porque luego se incorporaron algunas de ellas"...

"... Ya más tarde comencé a bañar niños y una de las enfermeras no

nos quería proporcionar material (torundas para el muñón umbilical) eran muy pocas torundas para los niños que bañábamos y cada rato iban otras personas y las tomaban, fui con la enfermera a pedir un poco de torundas y me gritó diciéndome que tenía que cuidar el material porque no había suficientes, al final me dio torundas."

"... una de mis compañeras me pidió de favor que le ayudara a retirar una sonda vesical, ...teníamos que ir por material para realizar el procedimiento a lo que la misma enfermera me dijo que con una misma jeringa se retirara el agua que contenía la sonda y que preguntáramos cuando hiciéramos algo..."(R-11, S)

La interacción con la enfermera muestra el "cuidado" al "material" más que el "cuidado enfermero" porque si bien ella no estaba proporcionando el cuidado a los niños y a la señora, lo menos que podía haber hecho era apoyar con el material a los estudiantes, reconocer su trabajo y tener una actitud más pedagógica hacia la práctica de los estudiantes.

Las estudiantes en este relato son vistas como una carga a las enfermeras, como una amenaza para que "se acabe el material" pero entonces ¿Por qué los estudiantes son utilizados como mano de obra en el servicio de puerperio por parte de las enfermeras del servicio, principalmente en las acciones de enfermería consideradas como rutina?, ¿El "recibir", el "tomar" son palabras clave del concepto de práctica o son rituales que la normatividad marca en las instituciones?.

En una primera parte del relato existe un modelo de enfermeras que dejan hacer a las estudiantes, tal vez en exceso y no hay conflicto en ellas, solo en las estudiantes en las cuales repercute la gran carga de trabajo pero finalmente existe aceptación.

En la segunda parte del relato no existen puntos de referencia comunes entre las enfermeras y las estudiantes. Mientras que las enfermeras del primer caso le dan importancia al trabajo y a la rutina, el logro es su realización; en el

segundo caso las enfermeras hacen sentir su poder, enjuician a las estudiantes y su perspectiva es hacia la administración de los recursos y es más utilitaria que analítica.

Por su parte la estudiante refiere:

...“ésta situación me estresa mucho ya que nunca me había pasado algo igual, bueno así terminó un día extraordinario”(R-11, R)

Las evidencias escritas por los estudiantes probablemente los llevan a significar a su práctica como: la serie de actividades de forma repetida, un espacio físico donde la obediencia y el poder son impuestos y éstos deben tener un carácter “externo”, el contenido de conocimiento no es evaluado por quien lo tiene sino por otros, el cuidado enfermero enfatiza la eficiencia en el uso de los materiales, la imitación es privilegiada y la práctica no favorece interacciones. La posibilidad de transformación se encuentra en lo que Popper llama una “sociedad cerrada”.¹⁷

7.2.4. Los valores.

Con el relato anterior también se posibilita el análisis de cómo la institución de salud, en su dinámica y por la serie de relaciones e interacciones, evidencia de manera implícita (por lo que se quiso decir) y explícita (por lo que se dijo) la dimensión simbólica cultural con relación a los valores.

Estos valores que van conformando el proceso formativo de las estudiantes favorecen rasgos de personalidad tales como: el orden (el servicio tiene un orden

¹⁷ Popper citado en, Carr, W. 1998 p.36. Sociedad cerrada: “No existe la comprensión de que las cosas puedan hacerse de forma diferente”; a diferencia de una sociedad abierta en donde “las personas son conscientes de que pueden hacer las cosas de una forma distinta si eligen hacerlo así, y pueden buscar maneras más eficientes para hacerlas”

preestablecido en el que primero hay que recibir el turno, la toma de signos vitales) que se conjuga con el proceso de seguimiento y reproducción de la rutina.

En otro sentido del orden está el respeto a la relación de poder (jerárquico y de conocimiento) cuando la enfermera le menciona que cuando quiera realizar un procedimiento primero le pregunte. En éste sentido la dinámica del servicio y la situación particular que se da en la relación enfermera profesional y estudiante provoca en ésta última una valorización de sí misma y de la enfermería profesional con poca creatividad y autonomía; la enfermera del servicio con la aparente aceptación del "que obedece" legitima sus valores profesionales y los modelos de comunicación implícitos en la jerarquía de mandos.¹⁸

Es así que la comunicación viene a ser el sustrato que junto con el conocimiento y el trabajo del estudiante determinan fuertemente la formación de su personalidad.

Cuando en el contenido de la comunicación existe una tensión como: ***"fui con la enfermera a pedir un poco de torundas y me gritó diciendo que tenía que cuidar el material porque no había suficientes, al final me dio torundas..."*** se puede valorar que existe la necesidad de poner en claro a la autoridad pero en ese afán se cae en el autoritarismo, lo cual conduce:

al bloqueo de los canales de retroalimentación con la consiguiente alteración de la comunicación que puede llegar hasta la incompatibilidad psicológica con todas las repercusiones para los comprometidos directos e involucra a los profesionales en formación y a los pacientes"... lo anterior "... no propicia un real conocimiento mutuo y que, en lugar de estimular la competición, es decir, la tendencia de las partes a superar sus propios resultados, propicia tendencias antagónicas de tipo competencia o rivalidad.(Fuerbringer, Villarreal, Guerra, 1995, p.163)

¹⁸ Fuerbringer, Villarreal, Guerra. 1995. p.163. Al realizar un análisis de la comunicación que se lleva a cabo con el equipo de trabajo, se menciona que las instituciones de salud, principalmente, tienen una jerarquía de mando estructurada sobre un esquema vertical entre los estamentos y se utiliza la comunicación "como instrumento de dirección, planificación, coordinación y control de actividades laborales". Las interacciones entre el personal se encuentran sujetas a éstos modelos.

Pareciera entonces que el **“bien”** común de estudiantes y personal de enfermería es distinto; la solidaridad como valor no se favorece entre ellas, aún cuando las dos tienen –se supone– como objeto de atención a los niños y a las señoras; por otra parte y en tiempo, no muy lejano, tendrán que compartir los mismos problemas inherentes a su práctica profesional, desde antes ésta noción de gremio, está escindida y la comprensión y trato como valores que también aparecen son negados como parte de la biografía personal de las enfermeras del servicio: ¿Algún día fueron estudiantes?, ¿Al considerar su historia existe reproducción o reactivación de ella?.

La filiación de las enfermeras del servicio y de las estudiantes en las instituciones de salud y estas dentro del contexto de la disciplina y de la profesión de enfermería puede ser motivo de discusión y socialización que haga que experimenten el sentimiento de lealtad y en ese proceso descubrir su rol pasado, presente y futuro que las ubique en un estatus de pertenencia.

El primer punto de discusión entonces sería el **“bien”** no como término predeterminado sino como un concepto problemático que hace que lo abordemos en toda su complejidad y en la especificidad del cuidado enfermero y tomar en cuenta, también, el tiempo y el contexto en el que se ubica la discusión; este concepto, por tanto, no debe permanecer “inalterable a lo largo del tiempo, sino lo que se concibe como bueno para el cliente sean los intereses de la profesión” pero también tomar en cuenta lo “bueno” para el cliente individual o el grupo que también tienen sus significados propios de la profesión de enfermería; por tanto es necesario no ubicar a un eidos fijo y estático que favorece la tecnologización de la práctica, sino un eidos problemático que le confiera dinamismo a la praxis.

El **“bien”** así discutido y su relación con el deber traducido en las normas establecidas, le daría a los sujetos la posibilidad de autonomía profesional “... en cuanto prolonga con voluntad y conciencia el proceso de armonización de los

potenciales de impulsos –el proceso de socialización- dentro de una estructura comunicativa de la acción".(Habermans, Jürgen. 1986, p.11).

VIII. Amores y desamores en las interacciones.

Los relatos de la práctica clínica muestran la gran variedad de interacciones y el producto de las mismas. Cada interacción es de diferente índole en distintos estudiantes y aún con un mismo estudiante.

Situar a la categoría de interacción como un proceso siempre activo entre la realidad y el estudiante, implica pensar que existe construcción de conocimientos, sentimientos y conductas. También nos lleva a situar que en ese proceso activo que se produce como interacción existe un cruce de dimensiones: la individual y la cultural de cada uno de los que protagonizan la interacción. Por tanto en la esencia de las interacciones se encuentran elementos y actores que consciente o inconscientemente configuran la dimensión de la formación de los estudiantes. ¿Qué es lo específico que se produce en las interacciones y que se constituye como dimensión formativa en los estudiantes que realizan práctica clínica?

En el presente capítulo no se ve a la interacción como mera relación mecánica entre individuos (estudiante-personal de salud-maestros-pacientes) y donde el producto sea sólo con fines utilitarios. Por lo tanto y vista así a la interacción no tendría implicados sentimientos y conocimientos o al menos éstos serían solo valores agregados. Más bien la realidad empírica desde los relatos nos ubica hacia una categoría analítica donde las interacciones tienen dos planos o procesos: como procesos activos de relación entre individuos y otro plano que vincula el anterior con procesos del contexto.

Es a partir de éste vínculo en que los estudiantes concretan y enfrentan su experiencia y cuyos productos se encuentran influenciados por su cultura

experiencial (sentimientos, conocimientos, comportamientos y juicios) y por el proceso de construcción simbólica que tiene por resultado modos específicos de interacción.

Expresiones como: apoyo, agresión, conflicto, eficiencia, entre otras, son el producto del análisis de la interacción y éstas cuando son internalizadas por el estudiante afectan o potencian sus actuaciones futuras a través de juicios emotivos y grado de expectativas de éxito o fracaso. Por tanto, esto se constituye en el combustible del comportamiento. La naturaleza de las interacciones inducen en el sentido y calidad, el movimiento de construcción individual. La autoestima y el autoconcepto vienen a constituir elementos significativos.

En primer lugar, porque existe una relación de dependencia entre el estudiante y el contexto en donde realiza su práctica; el sentido de la interacción arbitraria o cambiante contribuye grandemente a conformar su autoconcepto y autoestima. Una interacción gratificante o frustrante, un juicio externo de la actuación, del pensamiento y de las actitudes vienen a configurar el conocimiento y valoración de nosotros mismos. Por último la autoestima potencia o restringe las iniciativas sociales y el sentido de las expectativas de la vida, la orientación de ilusiones y convicciones.

Autoestima, autodefinición y autoconcepto son procesos cuya presencia subjetiva es inevitable en la práctica clínica, a través del proceso de interacción y a la vez constituyen la conformación de la identidad profesional. Negar lo anterior como ajeno al proceso de formación del estudiante significaría ubicar a los profesores y a la institución escolar sin la pretensión educativa de favorecer el desarrollo creador del ser humano cuyas posibilidades de reinvención se encuentran precisamente en el mundo de lo subjetivo.

8.1. Estudiante – Enfermera.

Parecería ocioso hablar de las interacciones y de su contenido, cuando se supone ésto fue agotado en los capítulos anteriores, sin embargo quedan preguntas todavía sin responder de tal manera que se pueda entender qué procesos y elementos más frecuentes se encuentran estrechamente ligados a la interacción del estudiante con otros individuos (enfermeras, docentes, estudiantes o compañeros, médico y pasante de enfermería) y con el contexto (servicios de puerperio y área tocoquirúrgica); y que además dieron lugar a interpretaciones y construcciones de significados de su práctica clínica hospitalaria.

Sin el ánimo de descontextualizar pero sí de resaltar lo más significativo y de tratar de hacer más fluida esta descripción se tomarán sólo pequeñas frases, oraciones o partes del relato. Lo anterior obedece también a que todos los fragmentos de relato ya fueron incluidos tal y como aparecen en el proceso de categorización y volver hacerlo puede resultar repetitivo.

El **apoyo** que recibe la estudiante se relaciona con el cumplimiento de las expectativas de las estudiantes en relación a “recibir un bebé” que en términos técnicos corresponde a una función de la enfermera llamada “cuidados inmediatos” al recién nacido; las estudiantes se expresan en el producto de ésta interacción de la siguiente manera:

“yo recibía por primera vez a un bebé... me encontraba nerviosa y con mucha emoción... las manos me temblaban... me sirvió mucho el apoyo de la enfermera...”(R-7,S)

“... la enfermera me vio y me ayudó”... (R-8,S)

“... la enfermera encargada me explicaba cómo se prepara todo y cómo se recibe al recién nacido y la realización de los cuidados inmediatos” (R-9,CS)

Se observa en ésta interacción que se estableció una relación afectiva entre la estudiante y la enfermera que dio lugar a la primera a que experimentara su principal expectativa de la primera experiencia de "recibir a un bebé".

El apoyo con su presencia, con su conocimiento y con su habilidad técnica y de negociación favoreció que la imagen de esta relación en el estudiante fuera positiva y a partir de esta plataforma afectivo – cognitiva pueda interpretar otras posibilidades y expectativas en sus futuras construcciones individuales en la relación de ella con otras enfermeras.

Por otra parte el cumplimiento de sus expectativas también le favoreció hacia la construcción del concepto: "éxito"; para algunas estudiantes y afianzar su autoconcepto y autoestima en términos de logro de expectativas, capacidades puestas a prueba y emergencia de sentimientos de alegría y gusto.

El **apoyo** en otro sentido fue que para que la estudiante pudiera cumplir su objetivo escolar (PAE) se estableció un proceso de negociación de realizar primero los "pendientes" a fin de "ayudar" a la enfermera:

"...le ayudé a la enfermera a realizar los pendientes y después inicié mi PAE" (R-16,S)

El **conflicto** entre enfermera y estudiante se provoca cuando por el uso de material por el estudiante, la enfermera le hace la observación:

"...fui con la enfermera a pedir un poco de torundas y me gritó diciéndome que tenía que cuidar el material porque no había suficiente"... (R-11,S)

Para otras estudiantes el cuidado enfermero significa "estar mediado por criterios de rentabilidad" (Pérez Gómez. 2000, p.230); lo que interesa es el

beneficio, no importa si se contamina con poco material y no importa la seguridad física del paciente.

Otra causa de **conflicto** es cuando existen diferentes criterios al dar una orden verbal.

"... la doctora me dijo que retirara los líquidos... una de las enfermeras me llamo la atención muy fuerte... dijo que ni yo ni la doctora sabíamos..." (R-5,S)

La **eficiencia técnica** por parte de la enfermera también es un apoyo en las situaciones difíciles de la estudiante:

"empecé a canalizar a la paciente... la maestra me dijo... rápido... me quitó el jelco... la maestra no pudo... la enfermera terminó canalizando a la paciente"... (R-3,S)

En este ejemplo la enfermera realiza y demuestra ante la estudiante y maestra el dominio de habilidades técnicas, en este sentido, el mismo autor, cuando habla de la autoestima y el autoconcepto, menciona la importancia de los recursos afectivos relacionados con las actitudes y disposiciones, en este caso la enfermera sirve de ejemplo para que el estudiante se motive hacia el aumento de su competencia y su dominio de actuaciones profesionales.

La **agresión**¹⁹ vs **apoyo** por parte del personal de enfermería hacia otra estudiante se manifiesta así:

"una paciente se paró a bañar... se desmaya... una enfermera y yo le ayudamos... la jefa de enfermeras preguntó que quien le indicó que se parara... le respondí que yo y me barrió y me "trapeo" con sus regaños..." "las enfermeras me dijeron que no era mi culpa que me

¹⁹ Es el acto, acción y actitud cuyo contenido verbal y no verbal rebasan los derechos del otro, sin que ésta, en su parte interior necesariamente responda o signifique de igual manera la agresión del que la provoca.

entrara por un oído y me saliera por otro”... (R-14,S)

No se puede decir que la jefa de enfermeras tenga habilidades para el desempeño directivo o mejor dicho estas habilidades en términos de su discurso tienen un nivel de definición en el terreno de las sanciones: la norma de la acción comunicativa en términos de la interacción fue: la llamada de atención y el castigo; y la regla técnica de la acción racional de acuerdo a fines, es decir del trabajo, fue no pensar en el contexto en que se da la situación (la señora ya se había preparado para que no sucediera el desmayo, situación no investigada por la jefa de enfermeras). Aparentemente ella solucionó el problema con el regaño pero el problema de fondo, no cambio, solamente reafirmó ante la estudiante y las enfermeras su poder, pero éstas invitan a la estudiante a desconfirmarla.

“Mas allá del poder y la obediencia está la **obediencia propia** que consiste en el poder propio y la autodeterminación del individuo y la sociedad”. (Sánchez Vázquez, 1999, p.27). Todas las que fueron participes de lo sucedido, conocían y estaban seguras de que no había sido negligencia, que conocían las reglas y los requisitos y que el evento fue imprevisto y no controlable, por ésta razón la jefe de enfermeras no tenía razón.

Bajo otro enfoque acerca de la **agresión vs apoyo** por parte del personal de enfermería y concretamente por la acción de la jefa de enfermeras se puede nombrar a la cultura experiencial y desde ahí traducir el significado que tuvo para el estudiante: 1) los sentimientos y actitudes son de fundamental importancia en la cultura experiencial, 2) son los motores que impulsan la actuación o bien la inhibición de futuras interacciones y, 3) el juicio emotivo que realiza el individuo y el grado de expectativa que elabora condicionan el conocimiento y constituye el combustible del comportamiento por lo que el estudiante de cualquier manera incluyó la afectividad en el significado de la situación.(Pérez Gómez. 2000. p.231).

Este último planteamiento convence y resignifica a otro que plantea al *trabajo* y la *acción* de las estudiantes y enfermeras en razón de que no pueden ser vistos como mera racionalidad de acuerdo a fines (trabajo) y "la acción comunicativa reducida a interacción utilizando al lenguaje como instrumento de consenso y mediación". (Solares, Blanca. 1997, p.22).

8.2 Estudiante – Paciente

Es absolutamente notable que del total de relatos en ninguno se expresa o se infiere una relación de la estudiante con las pacientes que en su relación se establezca conflicto, frustración o maltrato hacia la estudiante. Las evidencias escritas muestran que la relación paciente – estudiante fue satisfactoria.

En un caso, en el área tocoquirúrgica una estudiante se acerca a una paciente que estaba a punto de dar a luz, la acompaña, le informa verbalmente, se comunica de manera no verbal (le da un masaje), le limpia el sudor y la paciente:

"... más calmada me tomo la mano y me dijo gracias... comenzó a llorar" (R-3,S)

la estudiante: "... yo sentí muy padre porque a veces cuando la maestra te dice que hiciste las cosas bien, se siente muy bien, pero yo sentí más bien cuando una paciente te dice gracias..." (R-3,S)

Es este caso ¿qué de la estudiante hace posible que se establezca una relación empática con la paciente?; ¿es acaso producto de su formación escolar?; ¿y si así fuera cuáles son los contenidos?, o ¿informaciones que fundamentan su apoyo hacia la paciente? y ¿es realmente una experiencia pedagógica?.

En este microescenario que experimenta una mujer para dar por terminado su embarazo a través del proceso de expulsión del producto, existe una función

prioritaria que cumple la comunicación que se da de mujer (estudiante) a mujer (señora que va a dar a luz) en donde una legitima a la otra.

A la mujer en la sociedad se le asigna un carácter de "entregada al amor" Fuerbringer, Villarreal, Guerra, (1995)..., "ser fieles, preparadas, buenas progenitoras y si son enfermeras que ésto lo extiendan a su profesión con vocación, además que incluya un caudal de conocimientos intelectuales y que sea altruista".(p.30). Por otra parte en una encuesta con más de 900 mujeres mexicanas se revela que su ideal se delimita a "lo concreto personal y este ideal es sinónimo de abnegación, de su "natural" sometimiento"...; con esta infraestructura que le caracteriza al género femenino y siendo enfermera, se propicia tal vez la relación empática. ¿La formación práctica permite al estudiante visualizarse desde éste enfoque?; ¿Es la estudiante consciente de su situación como mujer?.

Estudios en profesionales de la enfermería en formación reconocen que para lograr la conformación de la identidad personal y profesional, es preciso trabajar con la autodefinición del estudiante, cómo se concibe así mismo, cómo se describe y qué conoce de sí mismo (Fuerbringer, Villarreal, Guerra, 1995 p.104). La condición de autodefinición permite rescatarse como individuo que tiene una historia, que tiene pensamientos, sentimientos y conductas no de *ipso facto* sino como parte de una biografía anterior en su situación actual e integra su visión como medio para su proyección hacia el futuro personal y profesional.

Otra parte importante en el logro de la relación empática con la paciente lo constituye el contenido psicológico implícito en la interacción. Cobra importancia nuevamente el conocimiento previo y las experiencias de las estudiantes en el nivel personal, ya que los programas teóricos y prácticos no abordan e indagan de manera concreta lo que el estudiante hace, dice y piensa.

La actuación del estudiante con la paciente que va a dar a luz, aparentemente insignificante al acompañarla, al tocarla, seguramente trascendió en la paciente y en ella, la grandeza contenida en la relación no fué el contacto físico, la palabra, el llanto; fué el proceso de interacción del acto enfermero y cuyo producto final fue la satisfacción y el agradecimiento mutuo.

El cuidado enfermero a la paciente en periodo expulsivo se convierte en el concreto constructo que tiene que abordar la estudiante donde los elementos en este caso fueron: la identificación hacia el otro en situación de angustia, de dolor humano, de miedo, de trato digno y de conocimiento ante la demanda del paciente; en correspondencia la estudiante recibiría: el agradecimiento, el reconocimiento a su actuación y la valoración de su yo como elementos que le dan la fuerza espiritual como individuo y como persona.

8.3 Estudiante – Médico

Fue la interacción en un mismo momento y evento que logró que la estudiante tuviera una experiencia agradable, gratificante y estresante, al mencionar:

“fue estresante recibir por primera vez un recién nacido... hubo necesidad de llamar al pediatra... llegó y colocó la mascarilla de oxígeno, me dijo que la bebé estaba bien”... al querer ligar el cordón umbilical... “con la ayuda del doctor, las enfermeras y la maestra lo pude hacer...” “con la ayuda del personal el cual se portó muy accesible tanto enfermeras como médicos... creo que esto fue de mucha ayuda pues aprendí muchas cosas” (R-15,S,R)

Esta vez ante el estrés de la estudiante, es el médico pediatra el que la **apoya**, además de tomar en cuenta su situación de miedo, también le enseña un procedimiento; es así que en conjunto con la maestra, médico y enfermeras la

estudiante se siente apoyada y gratificada, controló su miedo, participó en las actividades y en esta medida tuvo a su manera un logro.

Es claro que cuando la estudiante participa en equipo y éste tiene actitudes favorables hacia la enseñanza, se conjuga la práctica y la teoría y esto favorece no sólo al aprender, el realizar actividades sino que se considera también trasciende en su concepto de cuidado (en equipo), de su identidad (al sentirse parte de); de su habilidad técnica (al proporcionar los cuidados al recién nacido); y al vivir ésta experiencia como favorecedora de actitudes docentes (el modelo pudo ser el médico, la enfermera y la maestra).

Otra situación en donde se ven acompañados la estudiante y un interno (sexto año de medicina) es cuando unidos le dan ánimos a una paciente a punto de dar a luz, la estudiante se desprende y realiza otra actividad ahora con la enfermera y el interno vuelve a acompañada:

“... entre el interno y yo le decíamos a la paciente que necesitábamos que cooperara para que su bebé pudiera nacer... nació el bebé no respiró inmediatamente, y me puse algo nerviosa... como el interno se dio cuenta... me acompañó a la cuna térmica...” (R-2,S)

¿Es la estudiante que relata quien solamente tiene miedo, estrés o se siente insegura?. Por la situación de emergencia que implica responsabilidad no es la única, sin embargo cada quien en su actividad y aún en la de los otros, se ayudan, se apoyan y se acompañan.

Pereciera en momentos que el punto de encuentro es la estudiante, alrededor de ella el interno y la enfermera; en otros instantes es la paciente y alrededor de ella la estudiante de enfermería, el interno y la enfermera, en otro momento es el niño que recién acaba de nacer. Finalmente cuando la señora

despierta y ajena a toda situación, pero preocupada por darle de comer a sus otros hijos es la estudiante quien le explica y la ubica sobre lo que paso.

¿Cuál es entonces la experiencia formativa en la estudiante?. Por un lado tiene pleno conocimiento que los sentimientos que experimenta: miedo, presión, angustia son parte de ella y de las situaciones por las que se enfrenta, que como ser social se requiere de la interacción con el otro(s). Que en un mismo instante las relaciones cambian entre los sujetos del cuidado de salud y que además se cambia el contenido de la interacción.

Que ella, si no tiene conocimientos teóricos acerca de todas las situaciones emergentes que se presentan, si tiene recursos, por ejemplo, la intuición, el deseo de aprender y participar y valores como la solidaridad y el compromiso.

8.4 Estudiante – Estudiante

La estudiante **enseña** a la otra estudiante en un primer día de práctica cuyos sentimientos eran de miedo e inseguridad, porque sabia que entrar al área tocoquirúrgica implicaba una gran responsabilidad, ello expresa su estado de ánimo así:

"... tenía mucho miedo porque iba entrar a área... me sentía insegura... frustrada... mi compañera me enseñó todo... lo... que se hacía... ya había estado en el servicio..." (R-4,S)

La relación entre estudiantes encierra el valor de solidaridad ante una situación en la que una de las dos ya ha experimentado la situación, por tanto y sin saberlo se torna en una relación pedagógica, que va más allá del que enseña y aprende porque es precisamente en el proceso, en lo que se produce en la interacción lo que le queda al estudiante fijo, como aprendizaje más allá de todo conocimiento e información.

La expectativa prioritaria del estudiante de "recibir un bebé" es el centro de atención de ella misma, esto al mismo tiempo y consciente de lo que implica una vida nueva, le crea compromiso, ansiedad, miedo e incertidumbre. Por tanto al **apoyo** es lo que demanda la estudiante pero esté en términos de disminuir su nerviosismo, un ejemplo de esto es lo siguiente:

"... me encontraba algo nerviosa y con mucha emoción... le proporcioné los cuidados inmediatos... las manos me temblaban... me sirvió mucho el apoyo de la pasante, enfermera y mi compañera..."(R-7,S)

También se puede observar que la toma de decisiones en los estudiantes no es un **proceso frío** en el que como primer paso se tiene que reunir información acerca del evento o situación, la toma de decisiones tiene un alto contenido de sentimientos que la persona en conjunto con la realidad concreta tiene que tomar en cuenta.

El proceso de formación por tanto se da en condiciones únicas, bajo formas de sentir y ver a la persona en sí misma y las maneras de cómo interpreta esa realidad (sus expectativas y los recursos en términos de técnicas y procedimientos). En ocasiones la estudiante no ve esto y menciona que el alto grado de angustia, el no saber que hacer y como hacer se debe a que no existe un vínculo entre la teoría (haberlo revisado en la aula) y la práctica (lo que se presenta ante sí).

Esta forma de pensar ubica que en el pensamiento de la estudiante se encuentra un modelo de producción del conocimiento de subordinación de la realidad a la teoría, de pensar que si lo revisa en clase su relación de conocimiento le dará mayor seguridad, mayor control de sentimientos y mayor **apoyo** por parte del personal. ¿Será esto así?.

Pero no todas las estudiantes piensan lo mismo por lo que en el proceso de relación de conocimiento que implica la vinculación de teoría con práctica hay estudiantes que no nombran a la teoría en ningún momento por lo menos explícitamente. Para ellas el atreverse a realizar una acción depende de la repetición de observaciones realizadas por otro estudiante, del apoyo que este le da y del apoyo del personal, un ejemplo es el siguiente:

"... un compañero... recibía al recién nacido sin pedir permiso... nos quedábamos sorprendidos, llegaba con mucha confianza y lo recibía, lo dejaron hacer todo... ¿cómo no le daba miedo?... nos molestó... pero en el fondo nos hicimos la interrogante: ¿tenemos miedo de recibir al recién nacido? aprendimos del compañero que hay que aprovechar las oportunidades..."(R-8,S)

En este relato se deja ver que la relación estudiante – estudiante además de **aprendizaje** a través de una serie de modelajes existe el apoyo relacionado con dar **valor**, a través de la forma y la manera en que su compañero realizaba las acciones, la estudiante, aprendía, pero también veía posibilidades, ya que al límite de sus acciones no estaban en la realidad sino en ella misma.

Esto se relaciona con el patrón de conocimiento estético, "el conocimiento estético del conocimiento esta relacionado con el arte de enfermería"²⁰ en esa relación entre estudiantes existen expresiones, modos y significados que hacen posible que uno sirva de modelo y el otro vea la posibilidad de actuar y por tanto en esta medida se da lugar a la transformación; por tanto la relación de conocimiento deja entrever que está no se da de manera lógica, lineal, razonable ya que envuelve características únicas e individuales y no generalizables.

²⁰ Duran de Villalobos, 1998. p.27-29. Dentro del desarrollo teórico e investigativo de enfermería se plantea la necesidad de conocer la amplia, variada y compleja estructura del conocimiento de enfermería ya que no solo es aquel que se ha desarrollado más, es decir el que proviene de investigaciones y estas bajo enfoques tradicionales cuyos objetivos eran hacer objetivo el conocimiento y controlar las variables. Se propone por tanto que enfermería puede interpretar su campo de conocimiento bajo cuatro patrones de conocimiento: empírico (la ciencia de enfermería), estético (el arte de enfermería), de conocimiento personal y ético (el conocimiento moral de enfermería).

8.5 Estudiante – Maestro.

En este apartado existen dos situaciones en torno a la interacción estudiante – maestro. Por un lado a las relacionadas con situaciones que se presentan en **ausencia** del maestro y por otra en **presencia** del maestro.

Durante la **ausencia** del maestro existen situaciones de **conflicto** que enfrenta la estudiante, siendo ella motivo de "blanco" de los conflictos entre el personal. La estudiante es usada como vía para solucionar aparentemente la situación, ejemplo:

"la doctora me dijo que retirara los líquidos... una enfermera... me llamó la atención muy fuerte y dijo que ni yo ni la doctora sabemos cuales eran las indicaciones para retirar los líquidos..."(R-5,S)

En este caso la estudiante utiliza un razonamiento basado en la obediencia hacia alguien que tal vez tuviera más conocimiento y conciencia de lo que implicaba retirar los líquidos, pero con otro razonamiento del "bien" hacia el paciente existe un choque de criterios para la valoración y el razonamiento. La doctora y la enfermera tienen diferentes "bienes" o "correctos", la estudiante por su parte de alguna manera se unió con uno de ellos aún y cuando el resultado haya sido de represión.

¿Cuál será entonces la idea de interacción, en ausencia del docente que la estudiante tuvo?; ¿Qué hay implícito del concepto de formación en la interacción?.

La estudiante logra conocer reglas pero más que nada que existen diferentes formas de interacción, esta no tiene un contenido formal y racional, tiene un contenido de conflicto (diferencias del bien) que oscila entre lo moral pero también entre lo legal; es de suponerse entonces que el contenido formativo

implica conocer que existen reglas pero éstas aún y cuando sean claras y explícitas, son interpretadas desde la subjetividad de los sujetos. También le dejan ver que los derechos humanos en términos de igualdad y respeto al ser humano no siempre se ejercen por quienes conocen las reglas y se supone tienen un alto grado de **razonamiento moral posconvencional**.²¹

Otra situación pero más bien se relaciona con un **conflicto interno** en la estudiante que desemboca hacia una decisión de vida en el futuro, es la siguiente:

"... el ginecólogo tuvo que usar forceps para sacar al producto... la paciente tuvo un desgarro y se tardó mucho el interno para suturarlo... fue tan asombroso que ya no me quedaron ganas de un bebé propio, por algún tiempo..."(R-3,S, R)

En este caso el impacto de la realidad sobredetermina a la estudiante la forma de conocimiento pareciera ser mecánica, el estudiante se niega la posibilidad de pensarse diferente ante posibles situaciones personales y hace un traslape de otros hacia sí. En términos formativos no existe otra forma de conocimiento y cuyo producto no sea una decisión superpuesta: porque así fue en la paciente, así será conmigo. ¿Es acaso responsabilidad del maestro identificar estas situaciones y aún intervenir?; ¿Es una misión de la escuela y de la institución de salud en la formación de estudiantes?.

Cuando el docente hace acto de **presencia** en la mayoría de las interacciones con el estudiante éstos reconocen que existe **confianza y apoyo** y se encuentran relacionados con el cuidado enfermero que de forma directa realizan las estudiantes, a continuación un ejemplo:

²¹ Leddy, Pepper. 1985. p.150. Hace referencia a Lawrence Kohlberg que explica el desarrollo de los procesos de razonamiento que sirven de base a la moralidad. Menciona al **razonamiento moral preconvencional**: obediencia literal a reglas, evitar el castigo y no hacer daño a los demás; **razonamiento moral convencional**: actuar como esperan los demás, para obtener aprobación y **razonamiento moral posconvencional**: las decisiones se derivan de los derechos, valores y principios las reglas se interpretan subjetivamente bajo los principios universales de moralidad.

"yo recibí al recién nacido con ayuda de la docente, primero me dio miedo tomar al recién nacido en mis manos... lo que más se me dificultó fue poner la doble ligadura..." (R-9,S)

"...me calcé los guantes, tomé un campo y recibí... con... miedo de que se me fuera a caer... lo abracé como pude... la enfermera me vió y me ayudó y luego llegó la maestra y también me ayudó..."(R-8,S)

"la enfermera me pasa al niño para que lo atienda y yo no sabía que hacer... yo recibí al niño sin guantes y sin cubreboca... llega la maestra y me coloca unos guantes y el cubreboca y me dijo que me calmara... todo iba muy bien... llegó la hora de ligar su cordón... se me atora el guante... la liga y la pinza, me puse muy nerviosa y asustada y la maestra me ayudó..."(R-6,S)

"...llegó la docente y me dijo Imelda, ¿ya recibiste?, no pero tengo mucho miedo, ella me contesto, vente es tu oportunidad yo te ayudo... me dio tanta confianza que con su ayuda logré vencer el miedo y me sentí segura..."(R-4,R)

Todas estas situaciones se relacionan con la primera experiencia de proporcionar los cuidados inmediatos a un recién nacido por parte de la estudiante y con el apoyo y confianza que la maestra le infunde en ese momento. Sin embargo esta experiencia no recibe el mismo significado por todas las estudiantes, el miedo en algunas es desde el inicio en otras a la mitad del proceso y en otras al final.

Se puede decir que los sentimientos, por ejemplo el miedo, es una predisposición en la relación de conocimiento o bien es producto de ésta relación. Se considera que cuando se está implicado en algo hace alusión al concepto de sentir, donde el algo puede ser un ser humano, un concepto, un proceso, una situación... (Heller, Agnes. 1999, p.15-17). Lo que une la relación de conocimiento

no es el sentimiento, sino la implicación y ésta es de tipo positiva y directa²² que se construye y es inherente a la acción o a la reacción y esta reacción esta regulada por el grado de información y la familiaridad del suceso.

En otras palabras, la estudiante, en las tres situaciones, esta implicada fuertemente, la expectativa de ver un parto en situación real por primera vez, el identificarse como futuro personal de salud cuya actividad es el "recibir a un bebé" y hacerlo por primera vez y la expectativa de hacerlo por ella misma, constituyen la información base para lograr implicarse. La experiencia nueva y la magia que encierra una nueva vida confirma tal implicación; en este caso el significado que tiene para la estudiante hace más fuerte la implicación.

Pero esta implicación no esta siendo solo medida por las acciones que realiza el estudiante, más bien, por los sentimientos a que hace referencia, como menciona Heller (1999), "si vamos más allá del círculo, nada negligible, de las relaciones interpersonales, la identificación de conducta con sentimiento no resulta convincente ni siquiera en relación al proceso de solventar un problema"(p.26), entonces ¿Para la práctica de enseñanza, qué función cumple la implicación?; ¿Si ésta fuera de cero o muy baja que papel juega la maestra?.

En los ejemplos anteriores, es claro que existe implicación por parte de los estudiantes y esta es genuina y única, es decir: "no copiada de otros"; por ejemplo de su maestra. Más bien se relaciona al **perteneciendo** que menciona Gilberto Jimenez, (característica mencionada como parte del proceso constitutivo de la identidad) y si en éste proceso los sentimientos como dijera Pérez, Gómez. (1998). "Se convierten en los principales motores que impulsan la actuación o la inhibición de la acción"...(p.23); la implicación es una condición para el

²² Heller, Agnes (1999. p.16) se dice que una implicación es positiva y directa cuando "el problema me excita, me interesa y, en cierto estadio, lo penetra el sentimiento"... La autora también habla de implicación positiva e indirecta: si resuelvo el problema recibiré un premio: La implicación negativa y directa: todo esto me asquea, no me interesa "no lo voy a sacar nunca". Implicación negativa e indirecta: temo que me ríen si no resuelvo el problema, me echarán del trabajo.

conocimiento. Por su parte la maestra tiene que pensar en una implicación primeramente de ella, es decir para sí, acerca de lo que significa ser maestro y su implicación y la de sus alumnos y esta relación tomaría formas diversas de acuerdo a cada situación, lo que permitirá mejores resultados y ubicar a la formación como proceso en construcción.

IX. Cierre – Apertura.

Hablar de práctica clínica en el ámbito hospitalario por parte de los estudiantes, es referirse a un tiempo dedicado por ellos, a su formación profesional, a un tiempo de su vida personal, en donde se concretan comportamientos, sentimientos, afectos y posiciones ante la vida, la salud y la enfermedad; más allá de los objetivos que de manera formal y desde el programa de la materia "Atención de la Enfermería Materno - Infantil" son formulados para ser alcanzados.

Estudiar e indagar la práctica de los estudiantes desde sus relatos, no resultó ocioso, sino más bien interesante y trascendente, ya que en la interrelación, en la pluralidad, en lo común y en lo informal, se trató de buscar, comprender e interpretar el sentido real de su experiencia a través de la identificación de procesos significativos encadenados unos a otros y que al ubicarlos en el contexto específico en donde se produjeron, dieron la pauta para establecer descripciones más condensadas pero también se abrieron otras vetas que dejaban en la incertidumbre al no ser posibles de conocer, por lo que pudieran convertirse en motivo de otros estudios de investigación.

¿Cómo se recupera la práctica clínica hospitalaria en el presente estudio desde los elementos que conforman su significado?; ¿Qué significados se producen a través de las interacciones de los sujetos de la práctica clínica?; y ¿De qué manera se expresan; cuando el concepto de práctica clínica se desliza hacia la formación profesional?.

No existe una respuesta única y determinista ante las preguntas planteadas, sin embargo desde lo mostrado en los datos empíricos, el

procesamiento, el análisis y la comprensión de los mismos, es necesario realizar algunas puntualizaciones.

En primer término, se reconoce que la práctica hospitalaria es matizada por múltiples formas de interacción, y por sujetos con biografías, culturas y contextos diferentes, **la práctica** hospitalaria de los estudiantes se convierte en **su práctica**. Lo anterior se observó en el hecho de que ante situaciones iguales, significados diferentes; ya que es precisamente el estudiante el que sirve de intermediario entre la situación y los significados, por tanto éstos últimos se producirán en función de la cultura experiencial del estudiante.

El concepto de práctica clínica se ve influido antes y después de su realización, por sentimientos que llevan al estudiante a un estado de incertidumbre, de tal manera que sus actuaciones y significados son infinitamente no previsibles; esto no quiere decir que él no tenga su plataforma cognitiva para interpretar, orientar y tomar decisiones.

En cuanto a los fines que mueven al estudiante en su práctica clínica, se encuentra el de aplicar el proceso de atención de enfermería (objetivo escolar) pero esto es lo que menos aparece que realiza en sus relatos, más bien, se encuentra una correspondencia en la mayoría de ellos con una parte de los objetivos que conforman la cultura institucional; es decir el alumno describe su práctica como el *ayudar*, como el *hacer*, como el sentirse *útil*, como el cumplimiento de la *rutina* y por otra parte en los servicios en que fue asignado es tal el trabajo, la dinámica y las exigencias, que la interacción se ve fuertemente influida por los mismos criterios con los que el alumno describe su práctica y ésta asociada a criterios de *rentabilidad*.

Los alumnos y los que interactúan con él, cuando son guiados por este criterio pierden la oportunidad a través del proceso de socialización, de mantener

un margen y un espacio más abierto de libertad, de nutrirse de los intercambios de saberes teóricos - prácticos y de convertir en un proceso creador y creativo a la práctica clínica del estudiante y, la práctica profesional de las enfermeras en una verdadera práctica social, en términos de praxis.

Es preciso reconocer que el vínculo del estudiante – profesional constituyen una acción social, humana y vital; son miembros del proceso de profesionalización, donde uno y otro se reconocen en ese proceso. La consecución de la meta del cuidado enfermero es una forma de expresión de lo moralmente deseable. (phronesis).

Los diversos "vínculos" que el estudiante realiza son por lo tanto conformadores de su yo personal y profesional, en este momento la práctica clínica además de ser un espacio de formación profesional lo es también de formación personal, los diferentes sujetos que interactúan con el estudiante, se convierten en sujetos de formación (el maestro, las enfermeras, otro estudiante, el médico y los pacientes).

Es decir en medio de los lenguajes y de las conductas verbales y no verbales el estudiante va construyendo su yo enfermera, su yo persona; una parte de su imagen de sí, es aquella que vé y de la que es consciente, pero existe otra inconsciente que también lo constituye. Para constituirse como imagen de sí, el estudiante tiene que ver otras imágenes, reconocerlas y que los otros reconozcan en él su imagen²³.

²³ Mondragón, Carlos. 2002. p. 185. Cuando explica en la teoría de Lacan sobre el sujeto en el espejo y en la configuración del yo menciona: "digamos que el *enfant* alterna su mirada entre su imagen en el espejo y la mirada de la madre; es decir mira hacia donde mira la mirada de la madre y ve a ese adulto en ciernes; a ese que es capaz de reivindicar y colmar los anhelos maternos de los que la propia madre muchas veces ni siquiera sospecha; a ese que ya tiene un lugar y un proyecto posible de vida asignados. Esa es la imagen que asume y en la que queda atrapado. En lo sucesivo, ese yo con el que se referirá a él mismo será un yo atrapado en esa mirada; un yo que es construido a través del otro, al que implícitamente invocara cada vez que lo pronuncie, ese yo que es otro y que por eso desconoce al reconocerse así mismo."

Es entonces que la forma de actuación de los estudiantes a través de los roles, de observador, de ayudante y de hacedor de rutina que asume, en sí, no tienen mayor significado cuando se reconocen por él sólo en la parte sintáctica como dimensión formal, de ser así, esto limitaría al estudiante a la posibilidad de establecer significados particulares de la situación y a la comprensión e intencionalidad de las interacciones.

Una situación diferente, sería el reconocer que la práctica clínica hospitalaria se pueda convertir en una experiencia vital, donde lo que media entre los estudiantes y su práctica son los múltiples significados en las interacciones. Estos significados no son aislados o solo individuales y producidos instantáneamente, sino que se producen, desde la plataforma de la cultura experiencial de los estudiantes y el resto de sujetos que participan en la práctica.

Por otra parte, cuando se habla de "sujetos", se habla, de seres humanos que tienen capacidad perceptiva y riqueza subjetiva para conformar nuevas formas de ver la práctica clínica de acuerdo al contexto; al entender éste como todos los espacios de individualidad para detectar capacidades y opciones que los conformen de manera profesional y personal hacia su mejoramiento y logro de metas.

Al ser la práctica un proceso vital protagonizado por y desde personas es decir humana, luego entonces, se convierte en una práctica formativa; en ella se entrecruzan conocimientos, sentimientos, actuaciones y formas de significación únicas. Cualquier intento hacia la generalización de las prácticas, sería un error, ya que éstas siempre van a tener un margen de especificidad y éste, a la vez, se convierte en un margen de libertad hacia la experiencia formativa, aún y cuando, la dinámica del servicio privilegie en su mayor parte la dimensión denotativa y prescriptiva en el proceso de interacción.

Una segunda cuestión, es la reflexión acerca de la función de la institución de salud y la institución educativa, no en el sentido formal como espacios que persiguen un objetivo, sino como el contexto cotidiano en donde los estudiantes, maestros, enfermeras, pasantes, médicos y pacientes, convierten a la institución en un motor sin precedente, ya que mientras los seres humanos invierten su energía vital que la impulsa, mantiene y reproduce: la institución no tendrá posibilidades de morir.

Por su parte, la institución escolar, podría ir a la búsqueda de la recuperación de experiencias prácticas de los estudiantes, más que a la reproducción de las prácticas sociales hipostasiadas en la institución de salud; buscar y construir en la práctica el plano pedagógico – didáctico, a fin de cumplir con su compromiso como institución pública; más, que hacia la formación reproductora del “hacer” en la práctica. Es decir ir a la búsqueda de condiciones, situaciones y estrategias que hagan de la práctica clínica, una práctica formativa.

El deslizamiento tendría que prever las condiciones curriculares para lograrlo, pero a la vez, tener en cuenta la necesidad siempre urgente de la reconstrucción del significado de la formación, (de la cual la práctica es uno de sus contenidos).

Recordar que la institución escolar es, una opción educativa pública, cuya finalidad primordial es: responder a las necesidades urgentes de la sociedad y casi siempre vinculada con necesidades sociales de la población desprotegida; formar en conocimientos y habilidades; ubicar el contexto; pero sobre todo formar hacia la competencia ética de valoración humana y profesional, que permita plantearse preguntas nuevas, para resolver problemas, no sólo en el sentido eficiente sino en razón de la justicia y la libertad personal, profesional y social.

Cuando los estudiantes "hacen", "ayudan" y "reproducen" y el maestro, los apoya bajo estos criterios y, la institución de salud demanda lo mismo, entonces, existe una relación plena de tipo funcional. No puede existir formación en el sentido que ya se ha planteado, solo puede haber práctica como habilidad, como suma de vivencias, las instituciones no tienen forma y si existiera ésta siempre va a ser de una sola manera.

Los grandes ideales de formar profesionales de enfermería, quedarían sujetos a preguntas de tipo sintáctico, denotativo y prescriptivo y anularía toda participación y emancipación de los seres humanos que participan en el vínculo institucional.

Es decir, los estudiantes y todos los que participan en las interacciones, tienen el poder moral de replantear sus actuaciones y sus preguntas a problemas que requieren solución, sobre todo cuando estos se relacionan con el "bien" del paciente a través del cuidado enfermero. Si no se plantean cuestiones como: ¿Quién es el sujeto de la atención materno - infantil?; ¿Cómo se contribuye y a través de qué se convierte la práctica clínica en práctica de formación?; ¿De qué manera constituir una práctica que tienda a la formación con respecto del cuidado enfermero y con alto grado de conciencia hacia el trato humano?; entonces las instituciones son guiadas por la rutina, por lo que se impone como discurso tradicional y que ellas mismas se han impuesto. Esta función moral de los que trabajan en las instituciones constituye la base de un perfil profesional de enfermeras con alto compromiso social.

El carácter plenamente formativo de las instituciones es precisamente la parte instituyente y en donde a partir de lo inamovible, se potencia la capacidad de los estudiantes, maestros, enfermeras, médicos y pacientes, hacia el protagonismo, criticidad y reflexividad que pauten sus intervenciones.

Sí la universidad pública, tiene la función de servir a la sociedad, pero también de ser propositiva hacia su transformación, entonces ¿Quiénes serían los sujetos de sí y para el otro que tomaría el liderazgo para lograr lo anterior?: se considera, a la institución escolar. Negarse sería desconfirmar su razón de ser, y si esto pasa, también se pierde la razón humana y el sentido.

Tomar conciencia de lo anterior es una responsabilidad prioritaria en la escuela, sus maestros los primeros, sus alumnos por consecuencia. En esta interacción el objetivo sería aprender uno del otro, identificarse y diversificar opciones así como establecer estrategias y saberes que los conduzcan a un pensamiento más abierto.

En el pensamiento práctico y en la enseñanza de la práctica no hay nada escrito, se mueve entre la incertidumbre y lo imprevisible (cuando se parte de que existen preguntas todavía no pensadas). Los alumnos no saben lo que les espera, por tanto no se puede hablar de una sola realidad práctica; lo que puede ser centro de atención hoy, mañana se convierte en opción secundaria, terciaria o tal vez desaparezca. Las instituciones por consiguiente, en su parte formal, también tienen que comprometerse y tender hacia ser una sociedad abierta, que escuche, guíe y apoye a aquellos que le dan vida: a los seres humanos, a los que se debe y son la razón de su existencia.

La tercera reflexión, es precisamente, centrarse en los seres humanos, en su especificidad, en su sensibilidad; aunque sin menospreciar a ninguno, se enfatizará en los estudiantes por ser los sujetos que conformaron el universo de estudio de la presente investigación; más sin embargo, no se niega que es precisamente en su interacción con otros sujetos en que el estudiante tiene la posibilidad de autodefinirse como persona.

Se considera, que el mismo relato de los estudiantes posibilitó el conocer la subjetividad, hacia su interior y exterior desde los hechos. El espacio íntimo de ser estudiante, fue mostrado; en éste se observaron sus sentimientos, sus habilidades intelectuales pero también sus acciones, los fines y propósitos personales, sus vínculos de poder y obediencia, su trabajo en la modalidad de *poiesis*, *praxis* y *phronesis* y sus valores.

Es preciso reconocer cómo en la interacción, sobre todo con el paciente y su compañero estudiante, ésta fue más humanizada, hubo apoyo psicológico, reconocimiento altamente gratificante del paciente hacia el estudiante y hubo también la formación en valores.

El *eidos* y la *phronesis* como parte de la *praxis* fue evidente, trascendente y motivo de orgullo por parte del estudiante hacia el paciente; por lo que este vínculo se convierte en la parte más humanizante de la formación práctica.

Sin restar importancia a la interacción del estudiante con otro estudiante, lo que se produjo fue una relación pedagógico – didáctica, donde uno al otro, se reconocían a través de los saberes y de contenidos psicológicos que además de tomar posición en el momento, los fortalecía y potenciaba en la toma de decisiones. También interactuaban para facilitarse las actividades encaminadas a procedimientos técnicos.

En la conformación de su identidad personal, la pluralidad de experiencias se deslizan hacia la identidad también profesional, una y otra se confirman, pero también se contradicen. Las prácticas clínicas pensadas como de enseñanza con objetivos escolares y puestas en práctica en un espacio, son una ocasión para aprender, pero también para el desarrollo profesional.

La autopercepción de los estudiantes en la red de relaciones se produce a partir de una interacción de poder, de conflicto, de angustia y de alegría entre otras cosas; y esto fue posibilitado por la comunicación.

Por su parte el estudiante además de expresarse en términos de interacciones también habla de la toma de decisiones finales: *"gracias a Dios pude controlarme... puedo actuar bajo presión"*; *"fue tan asombroso que ya no me quedaron ganas de tener un bebé propio, por algún tiempo"*; *"me sentí culpable por no estar más pendiente de la paciente"*. Lo que hace suponer que la práctica forma en torno a la construcción del concepto de sí mismo (autodefinición) y hacia su valoración, (autoestima).

Ambas, tienen que ver en la formación de los estudiantes, ya que una y otra dependiendo del contenido concreto de la experiencia y en su contexto específico, traducían formas y decisiones peculiares, al asociar el éxito o fracaso en la interacción y sobre todo, dependiendo de los significados que el estudiante construía.

Dicho de otra manera y por ejemplo: al ser el estudiante blanco de agresión y de ejercicio del poder por parte de la enfermera; la maestra no se encuentra presente, su ausencia debilita a la estudiante, pero al incorporarse la maestra, en lugar de salir a su defensa, confirma sin más nada, la actitud de la enfermera; por lo que el estudiante se encuentra aún más solo y la valoración de él mismo se asocia con elementos que lo hacen ver como inadecuado, inepto e ignorante. La maestra en estos casos no se encuentra presente y cuando lo hace es para confirmar la relación funcional que existe entre la enfermera y ella.

El conflicto, se presenta en su mayor parte ante la primera experiencia de recibir a un bebé y verlo nacer: por un lado el no saber que hacer pero esperar con mucho gusto el momento; en otro extremo el conflicto se manifiesta cuando la

estudiante logra un sentimiento empático con la paciente y este no coincide con el personal de enfermería ni con la decisión de la estudiante de quedarse con la paciente, quien además se lo solicita.

En resumen, la práctica clínica, es una práctica escolar, que rebasa los límites del programa teórico formal ya que al vincularse ésta a sujetos y ser protagonizadas por ellos, se establecen sentidos de comunicación que van más allá del cumplimiento del objetivo escolar (PAE), de procedimientos básicos y de saberes inscritos y precedidos sólo por conocimiento teórico y científico de enfermería.

En las interacciones, como expectativa, como proceso y como producto existen intercambios de lenguaje y de actitudes que incluso atienden a planos en la toma de decisiones personales y profesionales.

Cada persona que interviene en la interacción (enfermeras, estudiantes, pacientes y maestros) a partir de su cultura experiencial y el contexto(s) significa sus vivencias al hablar, actuar y participar en formas distintas de relación. Dinamiza la realidad, desde la propia, de tal manera que muestra que la especificidad de su **práctica**, lo convierte en sujeto de la educación donde al mismo tiempo que enseña, aprende; que produce y es producido; que interpela y es interpelado por la serie de condiciones del contexto de la práctica clínica; pero también por la forma en que él, se relaciona con ella.

Por otra parte los contenidos que significa de la realidad, constituyen también referentes para ordenarla, pero al mismo tiempo son límites que la realidad dominante contiene y opciones para transformar a la práctica clínica en una oportunidad para la formación.

Por ejemplo los sentimientos de miedo, de alegría, de angustia y de incertidumbre, del cuidado enfermero hacia una mujer y al recién nacido no puede dejar de existir, son necesarios y están implícitos en los contenidos de las interacciones de los estudiantes. Es así que los sentimientos energizan las participaciones, siempre y cuando exista una recuperación de su implicación y sus sentimientos dentro del todo en su actuación y su significación.

Las exigencias, que hacia los estudiantes se privilegian por la institución escolar y de salud, son para el estudiante *un modelo* a seguir, para reproducir lo ya establecido: "rutina", "rol pasivo", "ayudante de", "rol de observador"; sin embargo no son *el modelo*. La institución escolar a través de sus espacios curriculares tendría como fin primordial, rescatar al estudiante como ser humano, con habilidades, con competencias y con valores hacia él mismo y hacia los diferentes ambientes y personas a las que brinda el cuidado enfermero. Se requieren entonces contenidos y momentos curriculares en y con la participación de los vínculos institucionales.

Por otra parte el *apoyo*, el *conflicto*, la *tensión*, la *agresión*, y la *actitud pedagógica* son elementos primordiales en la interacción del estudiante y los otros: mismos que le imprimen a la práctica clínica una dimensión formativa, pedagógica y didáctica y que requiere, sobre todo, que en el vínculo profesor – alumno se observe no sólo lo que la realidad les determine, sino que existan condiciones de recreación de la práctica, donde los personajes que conforman la cultura educación – salud, participen en un sentido interdisciplinario. Los elementos arriba mencionados lo demandan.

La práctica clínica de los estudiantes, se desliza hacia una formación no solo para sí, para ellos y por ellos; éste evento único e irrepetible trasciende hacia ellos y hacia todo el ambiente del área de tócoquirúrgica y puerperio, es decir, también el estudiante es influido e influye en el proceso de profesionalización de la

praxis de la enfermería, ya que en *su práctica*, también existen significantes que van constituyendo su identidad, ¿Cuáles serían los elementos que los estudiantes potencian para la conformación de la identidad profesional de las enfermeras y los maestros?; ¿Qué se moviliza en ellos cuando los estudiantes tienen su práctica clínica?; ¿Será acaso el trato más humano personificado en la estudiante al revisar el cuidado enfermero lo que mueve a los otros hacia diferentes formas de actuación y como lo esencial de su límite profesional? o bien ¿De los límites que les ha impuesto la institución?.

Con todas las limitaciones que en la parte metodológica y de interpretación que la presente investigación pudiera tener, a continuación se presentan algunos criterios a tomar en cuenta para retomar la práctica clínica de las estudiantes que cursan la materia de "Atención de Enfermería Materno - Infantil"; sin embargo no se deja de lado, que otros espacios curriculares pudieran usarlos como elementos de reflexión y de recreación para sus programas teóricos y prácticos; así como también para visualizar problemas todavía no abordados, en la investigación educativa de ésta Facultad para sustentar y apoyar las decisiones en el currículum, en la formación de profesores y en las políticas de vinculación que lo apoyen.

Los lineamientos que a continuación se nombran, no tienen un orden, éste sería lo de menos en el proceso de construcción; lo que sí se identifica, son planos de intervención:

Plano curricular.

- ❖ Mayor tiempo a la práctica clínica en la materia de "Atención de Enfermería Materno - Infantil" no sólo por el número de días estancia, sino para favorecer la recuperación de la experiencia y ésta no solo para competencias técnico – metodológicas sino como las competencias relacionadas con el trato humano, con los valores que implica el cuidado enfermero a la madre y al producto así como con los relacionados en el proceso de socialización profesional.

- ❖ Valorar en el plano pedagógico – didáctico las experiencias y oportunidades para recrear nuevas formas de pensar la práctica, tomando como referencia a la formación, como concepto ordenador.
- ❖ Pensar en una formación crítica, como el significante básico, que conlleva preparación, estudio y participación por parte del estudiante y profesor pero también contenidos informativos con carácter de provocadores hacia sus pensamientos y actuaciones.
- ❖ Es importante reconocer que éstos espacios curriculares también deberán fortalecer la recuperación del alumno y docente como sujetos concretos en cuanto a la formación del yo, de su autoestima, de su autodefinición y autopercepción, entre otros.

Plano de la Formación de Profesores.

- ❖ Además de lo nombrado en cuanto a su formación permanente y continua en competencias sociales hacia el trato humano, de replantear la noción de formación y su vínculo con la práctica clínica; es necesario enfatizar sobre la reflexión de su identidad profesional como maestro, cómo significa su práctica como instructor del servicio de área tocoquirúrgica y puerperio y cómo significa el cuidado enfermero hacia los pacientes de ese servicio; es decir realizar un replanteamiento, de su ser concreto, en éste espacio curricular determinado.
- ❖ La sistematización de las experiencias en este programa es básico, el maestro seguramente tiene muchas experiencias escritas y/o en su memoria, que con tiempo y con una metodología problematizadora y con fines de reconstrucción, puede aportar elementos para una propuesta didáctico – pedagógica para convertir a la práctica clínica, en una oportunidad para aprender y para la formación práctica profesional.
- ❖ Es también, en éste sentido, la pertinencia de que los maestros asignados al programa realicen además de la sistematización de sus experiencias, otras modalidades de investigación; provocando para ello espacios y tiempos que la misma organización curricular y estructura académico – administrativa pueda apoyar.

Plano institucional. Educación – Salud.

- ❖ La elaboración formal de medios y fines, que aseguren la permanencia y pertinencia de estudiantes y docentes en el servicio, cuidando las condiciones de producción en las que se ejercen las interacciones de la práctica (medio ambiente físico, actividades favorables ante la docencia, roles definidos del estudiante, etc).
- ❖ Todavía mas importante sería el vínculo institucional para la creación de equipos interdisciplinarios pertinentes para la recuperación de la práctica clínica, no solo de estudiantes y profesores sino también del personal de enfermería, médicos y psicólogos principalmente.

Lo anterior propiciaría la conformación y ubicación de elementos de la identidad personal y del proceso de profesionalización; que además traería consigo un vínculo más real entre las dos instituciones y donde lo que uniría a todos sería el bien común del cuidado a la salud.

- ❖ Discutir acerca del "Bien" de la vinculación, deberá incluir las nociones básicas como práctica, formación, educación, servicio, salud, cuidado enfermero, etc. que posibilitaría un entendimiento y comprensión de la meta a la que se quiere llegar: formación práctica en los estudiantes. Las mediaciones en cuanto al cómo, los límites, los problemas, las ventajas, etc., son elementos que tendrían que ser discutidos por las dos instituciones. A través de la experiencia lo anterior pudiera ser difícil, pero no olvidar que el carácter de la educación pública de enfermeras trae consigo, que éste trabajo arduo, es de mayor responsabilidad en la institución educativa.

Plano operacional.

- ❖ Los líderes serán los maestros, la estructura académico – administrativa, su sustento; en este plano se concretarían los esfuerzos ya realizados, las preguntas ya contestadas pero sobre todo el planteamiento de otras preguntas que no se han atrevido a realizar.

Los maestros participarían en un proceso de observación profunda, de comprensión general y específica de las experiencias y de recreación de múltiples formas de relación, para abordar a la práctica, con fines de formación.

La urgencia de procesos de socialización de las experiencias, de problematización e iniciativas ante prácticas "iguales" durante periodos largos de tiempo, el compromiso personal e institucional y la voluntad serían los ingredientes que dinamizarían una propuesta. Misma que replantearía los fines de la práctica y de la institución escolar, las metas educativas, lo esencial del cuidado enfermero y sobre todo al docente y al alumno los resignificaría como seres humanos y como sujetos de la educación.

X. Bibliografía

- Abbagnano, Nicola. (1998). Diccionario de Filosofía. (3ª. ed.). México,: Fondo de Cultura Económica.
- Abric, Jean-Claude. (2001). Prácticas sociales y representaciones. México,: Ediciones Coyoacán.
- Aguado, J.C., Portal, M.A. (1988). Identidad Ideología y Ritual. México,: Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa.
- Balanza, G. N. (1997). El significado del cuidado de enfermería en la perspectiva del paciente adulto hospitalizado. Ciencia y Enfermería. 3, (1), pp.59-67.
- Barquín, X., Blanco, Nieves., Sepúlveda, M.P. Regalos envenenados: la tutorización de las prácticas y la socialización del futuro profesorado. Dcto mimeografiado.
- Benner, Patricia. (1987). Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional. Barcelona,: Grijalbo.
- Bernstein, B. (1997). La estructura del discurso pedagógico. (3ª. ed.). España,: Morata.
- Cava, M. J., Misitu, Gonzalo. (2001). La potenciación de la autoestima en la escuela. España,: Papeles de Pedagogía. Piados.
- Chávez Alonso, MR., Rodríguez Padilla, M.E., Salazar Pachicano, V. (1989). Hacia una definición del perfil del instructor clínico a partir de su percepción y desempeño. (Tesis Licenciatura Universidad Autónoma de San Luis Potosí).
- Claxton, Guy. (2001). Aprender. El reto del aprendizaje continuo. España,: Paidós.
- Coll Salvador, César. (2000). Aprendizaje escolar y construcción del conocimiento. México,: Paidós Educador.
- De Sánchez, Margarita. (1993). Desarrollo de habilidades del pensamiento. Procesos básicos del pensamiento. (2ª. ed.). México,: Trillas.
- Durán de Villalobos, M.M. (1998). Enfermería: Desarrollo teórico e investigativo. Colombia,: Unibiblos.
- Durán Escribano, M. (1999). La intimidad del cuidado y el cuidado de la intimidad. Una reflexión desde la ética. Revista Rol Enfermería. 22, (4), pp.63-69.
- Durkheim, Emile. (1992). Historia de la educación y las doctrinas pedagógicas. La evolución pedagógica en Francia. (2ª. ed.). Madrid,: Ediciones Endymión.

- Estatuto Orgánico de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. (1983). U.A.S.L.P.
- Fischer, G.N. (1992). Campos de intervención en psicología social. Madrid,: Narcea.
- Françoise Collier, M. (1982). Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. España,: Editorial Interamericana, Mc. Graw-Hill.
- Fuerbringer Bermeo, M. Villarreal Guzmán, M.L., Guerra Ruíz – Esparza, J. (1995). Enfermería, disciplina científica. (una aproximación epistemológica). San Luis Potosí,: Editorial Universitaria Potosina.
- Gadamer, Hans – Georg. (1991). Verdad y método. Fundamentos de una hermenéutica filosófica. (4ª ed). Salamanca,: Ediciones Sígueme.
- García Morente, Manuel. (2000). Lecciones preliminares de filosofía. México,: Grupo Editorial Tomo, S.A. de C.V.
- Gimeno Sacristán, J. (1998). Poderes inestables en educación. Madrid,: Morata.
- González Acevedo, C. Entrevista personal. Agosto, 2002.
- González Rey, F.L. (2002). Investigación cualitativa en psicología. Rumbos y desafíos. México,: Tomson.
- González Rey, Fernando. (1997). Epistemología cualitativa y subjetividad. La Habana,: Editorial Pueblo y Educación.
- Grundy, Shyley. (1995). Más allá de la profesionalidad. En Carr, Wilfred. Una teoría para la educación. Hacia una investigación crítica. (pp.65-85). Madrid,: Morata.
- Habermas, Jürgen. (1986) Problemas de legitimación en el capitalismo tardío. Buenos Aires,: Amorrortu.
- Habermas, Jürgen. (1993). La lógica de las ciencias sociales. México,: Rei.
- Heller, Agnes. (1999). Teoría de los Sentimientos. Barcelona,: Fontamara.
- Jiménez, Gilberto.(1998). Contribuciones para una teoría de la identidad. Procesos constitutivos de la identidad. Mimeo. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.
- Jiménez, Gilberto (1998). La cultura: un concepto de mediación y articulación entre lo institucional, la identidad, la ideología y la historia. Dcto. Mimeografiado.

- Jurado Rojas, Yolanda. (2002). Técnicas de investigación documental. México,: Thomson.
- Langford, Glenn. (1995). La enseñanza y la idea de práctica social. En Carr, Wilfred. Una teoría para la educación. Hacia una investigación crítica. (pp.25-39). Madrid,: Morata.
- Lartige, T., Fernández, V. (1998). Enfermería: una profesión de alto riesgo. México,: Plaza y Valdés.
- Leddy, Susan., Pepper, J.M. (1989). Bases conceptuales de la enfermería profesional. New York,: J.B. Lippincot Company.
- Lourau, R. (1970). El análisis institucional. Argentina,: Amorrortu.
- Luckmann, Thomas. (1996). Teoría de la acción social. España,: Paidós.
- Martínez. Benítez, M.M., Latapí, P., Hernández Tezoquipa, Isabeli, Rodríguez Velásquez, J. (1985). Sociología de una profesión. El caso de enfermería. México,: Nuevo Mar.
- Mejía, R., Sandoval, S.A. (1998). Tras las vetas de la investigación cualitativa. Perspectivas y acercamientos desde la práctica. México,: Iteso.
- Merani, Alberto L. (1979). Diccionario de psicología. Tratados y manuales Grijalbo. México,: Grijalbo.
- Orozcó Fuentes, B. (1998). De lo profesional a la formación en competencias: Giros conceptuales en la noción formación universitaria. Dcto. Mimeografiado.
- Pachicano Acosta, G. Entrevista personal. Agosto, 2002.
- Pérez García, MP. Moral Santaella, C. (Julio – Septiembre 1996). Desarrollo en el programa de prácticas de enseñanza de un modelo sobre los procesos prácticos reflexivos. Revista de Ciencias de la Educación. 167, pp. 317-331.
- Pérez Gómez, A.I. (2000). La cultura escolar en la sociedad neoliberal. (3ª ed). Madrid,: Morata.
- Programa de Atención Materno – Infantil. (1999). Facultad de Enfermería de la U.A.S.L.P.
- Quérovak, Suzanne., J. Ducharme, F., Duquette, A., Major, F., (1996). El pensamiento enfermero. Barcelona,: Masson. S.A.

- Rivera Espinosa, José de Jesús. (1995). Normas para presentar los originales en la editorial universitaria potosina. San Luis Potosí,: Editorial Universitaria Potosina
- Rodríguez Rebutillo, M. Bermúdez Sarguera, R. (2001). Psicología del pensamiento científico. (2ª. ed.). La Habana,: Editorial Pueblo y Educación.
- Sagalegi Yarnoz, Adelaida. (Mayo 2000). Teoría y progreso de la ciencia de enfermería. Enfermería clínica. 6, (10), pp.263-266.
- Sánchez Vázquez, A. (1999). Entre la realidad y la utopía. México,: Fondo de Cultura Económica.
- Solares, Blanca. (1997). El síndrome Habermas. México,: Porrúa.
- Taylor, S. J., Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona,: Paidós.
- Universidad Autónoma Metropolitana. Las profesiones en México. México,:UAM-X.
- Vásquez Bronfman, A. Martínez, I. (1996). La socialización en la escuela. Una perspectiva etnográfica. España,: Paidós.
- Zelman, Hugo. (1989). De la historia a la política. La experiencia de América Latina. México,: Siglo XXI Editores.

Anexo 1. Metodología, funciones y evaluación del Programa de Atención Materno Infantil. 1999. Facultad de Enfermería de la UASLP. Servicios de área tocoquirúrgica y puerperio.

La metodología contempla 4 etapas:

- 1) Orientación o motivación del alumno hacia la práctica.
- 2) Trabajo de Campo (observación - experimentación).
- 3) Integración de conocimientos.
- 4) Retroalimentación en práctica.

Se piensa que ésta metodología favorece en el alumno el proceso de razonamiento inductivo - deductivo así como la participación activa del profesor y el educando. De ésta manera la supervisión por parte del docente se basa tanto en las 4 etapas descritas anteriormente como en el proceso de atención de Enfermería. (Programa de Atención Materno Infantil. 1999. Facultad de Enfermería de la U.A.S.L.P.).

Los servicios que se eligieron en la presente investigación fueron el área tocoquirúrgica y el servicio de puerperio. Se transcriben a continuación las funciones y procedimientos a realizar:

Área Tocoquirúrgica.

- ✓ Efectuar la valoración inicial de la paciente.
 - Interrogatorio.
 - Datos generales.
 - Situación actual.
 - Antecedentes gineco-obstétricos .
 - Antecedentes personales patológicos.
 - Examen Físico.

- Signos vitales .Somatometría.
- Examen gineco-obstétrico:
 - a) Exploración abdominal, fondo uterino, situación, presentación, posición, frecuencia cardíaca fetal, contracciones uterinas, etc.
 - b) Tacto vaginal (borramiento, dilatación, presentación, integridad de las membranas, altura de la presentación, valoración de pelvis ósea, etc.).
- ✓ Efectuar los trámites administrativos para la admisión del paciente.
 - Recopilar la nota de ingreso del médico tratante y/o expediente clínico.
 - Resguardo de pertenencias
 - Informar a familiares sobre el estado de salud de la paciente y horario de visitas.
- ✓ Preparación física de la madre.
 - Tricotomía vulvo perineal.
 - Enema evacuante.
 - Instalación de venoclisis.
 - Toma de muestras para laboratorio.
- ✓ Traslado de la paciente a la sala de Labor informando al personal sobre las condiciones de la paciente.
- ✓ Valoración inicial de la madre en la sala de labor.
 - Signos vitales.
 - Actividad uterina.
 - Borramiento y dilatación.
 - Vigilancia del progreso del trabajo de parto.
 - En relación al producto, edad gestacional, presentación, posición, variedad de posición, fetocardia.
 - Elaboración de partograma.

- Satisfacer necesidades de:
 - ❖ Hidratación.
 - ❖ Eliminación.
 - ❖ Higiene.
 - ❖ Movilización.
 - ❖ Seguridad.
- ✓ Orientar e informar a la paciente sobre el progreso del trabajo de parto y su participación.
- ✓ Preparación física y psicológica de la paciente para el segundo periodo del parto.
- ✓ Valoración del progreso del trabajo del parto, identificando signos y síntomas inminentes del periodo expulsivo.
- ✓ Participar en la administración de tratamiento médico, en la analgesia y/o anestesia, uso de inhibidores y estimuladores de la contractilidad uterina.
 - Registros de las observaciones y cuidados efectuados a la madre.
 - Participar en el alumbramiento, reparación de episiotomía, revisiones y tratamientos.
 - Informar a los familiares sobre el estado de salud de la madre y el niño.
 - Valorar las condiciones físicas y psicológicas de la paciente en el post-partum inmediato (estado de conciencia, signos vitales, contractilidad uterina y sangrado vaginal).
 - Registros de Enfermería.
 - Favorecer el estado de bienestar de la madre (cambio de ropa, aseo, masaje, ejercicios, cambio de posición).

Servicio de Puerperio.

- ✓ Recepción de la paciente de área tocoquirúrgica.
- ✓ Efectuar los trámites administrativos del ingreso de la paciente:
 - Unidad del paciente.
 - Expediente clínico.

- ✓ Valoración de la paciente que cursa puerperio fisiológico y quirúrgico para establecer el plan de atención de enfermería.
 - a) Recopilación de datos de fuente directa e indirecta de la paciente.
 - b) Valoración de los signos vitales.
 - c) Valoración de las características del útero.
 - Involución uterina.
 - Consistencia.
 - Posición de fondo de útero.
 - d) Valorar características y cantidad del sangrado transvaginal.
 - e) Valorar episorrafia.
 - f) Valorar herida quirúrgica por cesárea.
 - g) Valorar la eliminación intestinal y vesical.
 - h) Valorar cambios emocionales en la paciente puérpera.

- ✓ Diagnóstico de enfermería.
 - a) Identificación, jerarquización y sustentación teórica de problemas encontrados.

- ✓ Planeación de cuidados de enfermería.
 - a) Selección de objetivos y cuidados generales y específicos de los problemas identificados con base teórica necesaria.

- ✓ Implementación del plan.
 - a) Organizar el material y equipo necesario para proporcionar la atención.
 - b) Preparación física y psicológica de la paciente para recibir la atención de enfermería.
 - c) Ejecución de las actividades necesarias con base teórica para la solución de los problemas identificados, coordinándose con el equipo multidisciplinario de salud.
 - d) Registrar e informar las actividades realizadas.

- ✓ Evaluación.
 - a) Determinar si los resultados obtenidos corresponden a los objetivos planeados.
 - b) Anotar los cambios operados en cada una de las etapas y en el proceso global.

- ✓ Plan de Atención Metodológica Escrito.
 - a) Recolección de datos.
 - b) Identificación y jerarquización de problemas
 - c) Fundamentación de los problemas
 - d) Enunciado del diagnóstico de enfermería
 - e) Planeación de las acciones de enfermería
 - f) Fundamentación de las acciones
 - g) Evaluación de la atención.

- ✓ Participar en la administración de tratamiento médico, en la analgesia y/o anestesia, uso de inhibidores y estimuladores de la contractilidad uterina .
 - Registros de las observaciones y cuidados efectuados a la madre.

- ✓ Atención a la madre en el segundo y tercer período del parto.
 - Preparación física de la Unidad de Expulsión.
(aseo, iluminación, temperatura) material y equipo necesario.
 - Material de curación y equipos necesarios para la atención del parto.
 - Preparación de aparatos médicos (succión, oxígeno, termorregulación), equipo de reanimación.
 - Fármacos.
 - Traslado de la paciente a la sala de expulsión.
 - Colocar a la paciente en posición ginecológica.
 - Asepsia de la región vulvo perineal.
 - Si es necesario efectuar sondeo vesical.
 - Colocación de campos estériles.

- Orientar a la paciente sobre su participación en el período expulsivo.
- ✓ Efectuar la valoración de las condiciones físicas de la madre y producto a través del proceso expulsivo (signos vitales, contracciones, fetocardia, etc.).
- ✓ Reforzar satisfactoriamente a sus necesidades emocionales (informar sobre su progreso, estimular a que participe).
 - Participar en tratamientos médicos quirúrgicos (proporcionando material, equipo y medicamentos).
 - Atención inmediata del recién nacido: valoración de Apgar y Silverman, permeabilidad de las vías aéreas, profilaxis oftálmica, ligadura del cordón, aseo del recién nacido, somatometría, identificación del recién nacido, revisión cefalocaudal y mantener la temperatura normal del niño.

Los estudiantes son evaluados en la práctica clínica bajo lo siguiente:

- ✓ Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería
 - Valoración del paciente
 - ❖ Recolección de datos (fuentes directas e indirectas)
 - ❖ Análisis y síntesis de la información
 - ❖ Diagnóstico de Enfermería
 - ✓ Planeación.
 - Elaboración del plan de cuidados.
 - Planteamiento de objetivos.
 - Establecimiento de acciones.
 - ✓ Implementación.
 - Criterios particulares para evaluar la implementación del plan.
 - ❖ Aplicar los principios de Enfermería.

- ❖ Preparar material y equipo necesario.
 - ❖ Valora al paciente antes y después de la intervención.
 - ❖ Desarrolla las técnicas y procedimientos con seguridad libres de riesgo, practicando las reglas de asepsia.
 - ❖ En la administración de medicamentos considera los correctos de enfermería.
 - ❖ Asegura la comodidad del paciente después de su intervención.
 - ❖ Registra en hojas de enfermería correspondientes.
 - ❖ Observaciones, atención de enfermería y tratamiento.
 - ❖ Proporciona cuidado posterior al equipo.
- ✓ Evaluación.
- Evalúa con base en criterios de estructura, proceso y resultado.
 - Aspectos formativos (puntualidad, asistencia, iniciativa, responsabilidad, porte de uniforme, búsqueda de oportunidades, comunicación).
 - Sesiones de autoenseñanza.
 - Elaboración de fichas de resumen.
 - Elaboración y presentación de casos clínicos.

Anexo 2. Relatos de días extraordinarios de los alumnos de cuarto semestre "C" periodo enero – junio. 1999. Facultad de Enfermería de la U.A.S.L.P.

DIA EXTRAORDINARIO

R-1

Fue mi primer día de práctica en el área tocoquirúrgica en el Instituto Mexicano del Seguro Social #1. Cuando llegamos al hospital esperamos a la docente para que pasará lista, ya reunida realizamos el recorrido de la institución, fuimos a dejar a nuestras compañeras al cuarto piso en puerperio y después bajamos al área de toco, ahí nos cambiamos con uniforme quirúrgico, nos pusimos gorro, cubrebocas y al pasar al área blanca las botas. Empezamos por conocer el área: perinatología, sala de expulsión, sala de labor y urgencias gineco-obstetricas, así como lo que se hacía en cada servicio con la papelería correspondiente. Ya en mi servicio (sala de labor) empecé a presentarme con el personal de salud y a conocer a las mujeres embarazadas, también canalice, tome muestras de sangre, regule el goteo de líquidos parenterales, conté las contracciones y después ordenaron que pasará a sala de expulsión, estando ahí se le indicó a la paciente la posición que adoptaría y empezó el trabajo de parto, se dificultó la expulsión y tuvieron que introducir unos forceps para acomodar el producto y facilitar la salida de este. Cuando ocurrió, al recién nacido se le tuvo que dar reanimación artificial en donde se aspiró, secó, somatometría, se le ligo el cordón umbilical y se le acercó a la madre para que succionará la leche materna. Mientras todo esto ocurría a la mujer le salían coágulos de sangre y ella se quejaba después forzó el doctor la salida de placenta que provocó otro sangrado, implicando el uso de gasas para la limpieza, hasta quedar libre para que se pudiera observar el área donde iban a realizar la episiorrafia desde el ano al orificio vaginal, a lo que la señora cada vez que sentía que iban a suturar gemía y presentaba facies, empuñando sus manos y haciendo fuerzas con los pies, lo que me impresionó demasiado fue como logra salir un bebé por el conducto vaginal, provocándole esto dolores múltiples en todo su cuerpo,

DIA EXTRAORDINARIO

R-2

El trece de Abril del presente año, fue un día que se me quedó muy grabado, porque estaba en sala de labor y el servicio parecía muerto como a las siete y media de la mañana, no había ni una sola paciente, hasta que como a las nueve de la mañana llegó una paciente multigesta, con cuatro embarazos previos, dos partos, un aborto y una cesárea. La paciente tenía treinta años de edad, llegó con seis centímetros de dilatación y con ochenta por ciento de borramiento, tenía una actividad uterina excelente, le realicé las maniobras de Leopold, para revisar la presentación del producto, revisé frecuencia cardiaca fetal, conté las contracciones uterinas en diez minutos, tenía tres con duración de cuarenta segundos, de modo que el trabajo de parto evolucionó rápidamente, al parecer todo estaba normal, cuando' la señora dilató completamente la pasamos a expulsión, la señora no cooperaba mucho con el pujo de modo que el pequeño no descendía rápido y entre el interno y yo le decíamos a la señora que necesitábamos que cooperara para que su bebé pudiera nacer, pero la señora no nos hacía mucho caso, la cosa fué que se

cansó la señora de pujar y el bebé tardó un poco en nacer, de modo que cuando nació el bebé no respiró inmediatamente, y me puse algo nerviosa, porque yo era la que iba a recibir al bebé, pero como el interno se dió cuenta de que las cosas no andaban muy bien me acompañó a la cuna térmica y el bebé no reaccionaba, así entre la enfermera y yo ayudamos a darle reanimación al bebé, ayude a oxigenarlo, pero el bebé no quería respirar y ya habían pasado como unos cinco minutos y si me asusté un poco, pero gracias a Dios pude controlarme y hacer bien lo que me pedían, el interno comenzaba a desesperarse y que grita " mugroso chamaco ya respira" y como por arte de magia el pequeño respiró, el interno regresó con la paciente para el alumbramiento y mientras la enfermera y yo estábamos al pendiente del bebé, que gracias a Dios no se puso grave, pero sí me sacó un buen susto.

Ese mismo día como a las once y media de la mañana, llegó una paciente para que le hicieran un legrado, porque al parecer, la señora había tenido a su bebé a las nueve de la mañana, atendida por una partera, pero le dejó restos de placenta en útero, de modo que la señora llegó algo grave y la metieron rápido a expulsión, llegó la anesthesióloga y la anestesió, yo andaba en labor vigilando a otra paciente que estaba en trabajo de parto y de repente me gritaron que llevara un hartman, que era urgente, y lo llevé y pregunté qué pasaba y me dijeron que la señora estaba chocada, que había perdido mucha sangre, cuando yo oí la señora traía una presión de 60/30 mmHg y entre la anesthesióloga y el interno me pedían diferentes soluciones, preparadas con expansores de volumen y también me asusté un poco, porque el semblante de la señora no era nada bueno, estaba demasiado pálida y se estaba quedando dormida, de modo que había que hablarle para que no lo hiciera; todo salió bien y la señora se recuperó relativamente rápido, cuando terminamos de hacerle el legrado a la señora, me dejaron cuidándola y revisándole la tensión arterial y que no dejara de respirar; cuando despertó la señora estaba bien desorientada y se preocupaba por qué les iba a dar de comer a sus hijos, pero le expliqué lo que había sucedido y se ubicó.

Ese día me metieron dos buenos sustos, pero me sirvieron para darme cuenta de que puedo actuar bajo presión y que no me dejó vencer por los nervios.

DIA EXTRAORDINARIO

R-3

Llegamos al hospital, la maestra no había llegado y nos metimos porque ya era tarde, nos cambiamos y entramos a sala de labor, ese día había muchas pacientes en labor y entonces había mucho trabajo, entonces me lave las manos y como siempre salude a las enfermeras, entonces una paciente estaba muy exaltada y estaba gritando mucho, entonces llegue y la salude y le dije mi nombre, y empecé a decirle la paciente que se relajara y cómo le hiciera para tratar de relajarse, la paciente comenzó a hacerlo y me decía que si era normal esos dolores que sufría porque era su primer bebé, y yo le expliqué que así debía ser y le dije como iba a ser el trabajo de parto, y la señora tenía 5cm de dilatación y ella se quejaba decía que ya la pasaran y que le sacaran al bebé, después de un rato comenzó a relajarse y yo le di masaje en la espalda porque le dolía mucho, entonces como había mas pacientes no me podía quedar solo con ella, pero ella me decía que no me fuera porque yo era la única que le hacia caso y que quería que estuviera con ella para que pudiera con el dolor, porque yo la apoyaba mucho.

Entonces yo trate de pasar el mayor tiempo con ella y ya cuando paso a sala de expulsión me agarro la mano y me pidió que entrara con ella que queria que yo estuviera con ella ahí presente para que la apoyara, y me metí a sala con ella le dije como le hiciera, le limpie el sudor y tuvo su bebé, salió la placenta, y ya más calmada me agarro la mano y me dijo "GRACIAS" y comenzó a llorar porque estaba muy contenta, yo sentí muy padre porque a veces cuando la maestra te dice que hiciste las cosas bien se siente muy bien, pero yo siento más bien cuando una paciente te dice gracias, ya salimos de la sala y estaba entrando una señora ya con 10 cm de dilatación y me dijeron que la canalizara, estaba en una camilla y tenia las piernas dobladas y levantadas y yo empecé a canalizarla y llegó la maestra y me dijo que la canalizara rápido yo me puse muy nerviosa porque a pesar de que yo si se canalizar nunca habia estado en una situación así, entonces la maestra vio que me puse nerviosa y ella me quito el Jelco y la iba a canalizar, pero no pudo, yo levante la sabana y el producto estaba coronando, llame al doctor y la estábamos pasando a sala, cuando la paciente pujo y el producto salió, y una enfermera tomó al bebé, la paciente ya no llegó a sala, bueno si llegó pero ya con el producto fuera, y ya el doctor espero el alumbramiento, entonces salí a comer, regresé y estaba entrando a sala una paciente, primipara y entré a ver el parto, la paciente era una señora muy joven tenía 18 años y estaba muy asustada por como sentía los dolores, se tardó mucho para expulsar al bebé y el bebé no descendía el interno tuvo que llamar al ginecólogo, y el ginecólogo tuvo que usar fórceps para sacar al producto, fue tan asombroso, que ya no me quedaron ganas de un bebé propio, por algún tiempo, y la paciente tuvo un desgarre y se tardó mucho el interno para suturar. Creo que éste día fue el que más pacientes había y fue padrisimo el trabajo que hubo.

DIA EXTRAORDINARIO

R-4

Creo que un día extraordinario es cuando te levantas positivamente, cuando descansaste, dormiste excelentemente... bueno realizo la rutina del día típico pero creo que es extraordinario cuando llegas a la escuela y aunque uno venga de mal humor sabes que aquí encontrarás verdaderamente alguien que te entiende y comprende, más tarde mi día se vuelve sumamente extraordinario cuando logras vencer un miedo que se tiene como por ejemplo fue el lunes 12 de abril, estaba en practica, pues la rutina se repite salgo de mi casa a las 5:30 fue después del periodo vacacional, cabe mencionar que tenia mucho miedo, temor porque iba a entrar a área tocoquirúrgica me sentía muy insegura bueno ya entre yo estaba frustrada, paso el rato, mi compañera Carmen me enseñó todo lo que se hacia ya que ella ya había estado con anterioridad en el servicio, bueno pero a pesar de eso yo seguía con miedo creo que mi mayor temor era recibir entre mis brazos a un pequeñito y saber que yo tenia en mis manos una vida, una responsabilidad, lo extraordinario de esto es que a pesar de mi inseguridad, miedo al poquito rato llego la docente Claudia y me dijo Imelda ya recibiste, yo conteste NO pero tengo mucho miedo maestra ella me contesto vente es tu oportunidad "yo te ayudo" y ella me dio tanta pero tanta confianza que con su ayuda logre vencer este miedo y me sentí muy segura, bueno ya se llego la 1:00 p.m. y salimos yo me sentía, física y moral muy bien y lo más extraordinario fue que al de ahí me dirigí a visitar a mi hermana, me bañé, comí y salí con mi novio Erick, a quien le conté todo lo que me paso y me dijo eres

una tonta yo te quiero pero creo que eres capaz de realizar todo lo que te propongas y creo que eres una persona maravillosa y responsable y esto me hizo sentir aún más padre. bueno nos despedimos con un beso y yo sentí la "calidad" de su abrazo y es cuando uno sabe quien te quiere de verdad y creo que todos los días deberían ser extraordinarios porque el simple hecho de despertar saber que tienes a tu familia, a tu pareja y saber que hay alguien que te quiere, amigos, hermanos, padres y muchas otras personas, creo que es un día extraordinario y maravilloso.

DIA EXTRAORDINARIO

R-5

La hora de entrada era a las 7 de la mañana, yo estaba en el área de puerperio ese día ya casi habíamos terminado nuestras actividades lo que es la toma de signos vitales, recibir pacientes, bañar a todos los recién nacidos, dar medicamentos las 8 y a las 12 pm, había terminado ya el tendido de camas cerca de las 12:30pm.

A una de las pacientes le habían realizado cesárea el día anterior y estaba en ayuno solo tenía suero, solución glucosa al 10% la enfermera me había dicho ya que la paciente empezaría con dieta blanda y que se le iban a retirar los líquidos parenterales al terminarse estos, una de las doctoras ya había revisado a esta paciente y había ya terminado de escribir las indicaciones, la comida ya estaba sirviéndose, la doctora me dijo que ya le retirara los líquidos, yo se los retire, un momento después llego una de las enfermeras llamada Lolis y se dio cuenta, me llamo la atención muy fuerte delante de las demás pacientes, dijo que ni yo ni la doctora sabíamos cuales eran las indicaciones para retirar líquidos, por supuesto yo no lo sabía hasta después lo supe, esto me molesto mucho.

DIA EXTRAORDINARIO

R-6

Realizo las mismas actividades que en mi día típico, pero la diferencia es que hoy Martes entró al IMSS a la 1 de la tarde, preparo mis uniformes, me baño y me arreglo, hago la comida, dejo todo arreglado y llevo a la gorda a la casa de mis suegra y me voy en camión al IMSS 1, nos pasan lista y cada quien se va a su servicio, a mí me tocó en Toco y me tengo que cambiar de uniforme, usar botas, cubrebocas y gorro, entramos al servicio y a mí me tocó en sala, estaba con una señora ayudándola a respirar en sus contracciones y explicándole lo que va a pasar. En un rato, se queda bastante tranquilo el servicio y fui a recorrer todo el servicio cuando regreso, estaba una señora que tenía seis cm. de dilatación que tenía ganas de pujar pero el médico le decía que no lo hiciera, ya que le faltaba todavía, estaba bastante angustiada y me acerqué para ayudarla y me tomó del brazo y me dijo que quería pujar en eso pasa una enfermera y le dice que me soltara ya que me estaba apretando demasiado que parecía que me iba a fracturar el hueso, le dijo que no pujara, se me ocurrió levantar la sábana para revisarla, pujó la señora y que sale el bebé, yo me puse a brincar ya que no sabía que hacer, me mandan a sala a traer el equipo para parto y traje el de suturas ya que nos sabía cual se necesitaba, tuve que ir de nuevo por el otro equipo, la enfermera pinzó y cortó el cordón y me pasa al niño para que lo atiendan y yo no sabía que hacer, me indican que pase a la sala 1 y que lo aspire, yo recibí al niño sin guantes, ni cubre bocas,

llega mi maestra y me coloca unas guantes y cubrebocas y me dijo que me calmara, empecé a aspirar, a limpiarlo y todo iba bien hasta que llego la hora de ligar su cordón, me daba miedo ya que sentía que se iba a desangrar, lo hice como me estaban indicando, pero a la hora de ligarlo, (ahí ligan con trocitos de ligadura) y de pasar el trozo de ligadura, se me atora el guante con su cordón, la liga y la pinza, así que me puse más nerviosa y más asustada, la maestra me ayudó al terminar estaba tan cansada y con bastante miedo que hasta pálida estaba, me fui a sentar un rato y seguí haciendo mis actividades.

Se terminó el turno y salimos, pasó Omar por mí y nos fuimos a la casa y le platicué lo sucedido.

Ahora empezamos a llevar la clase de parto y yo ya terminé mi periodo de Toco, es por eso que decimos que la teoría va a destiempo con la práctica.

DIA EXTRAORDINARIO

R-7

El día 28 de abril de 1999 fue mi segundo día de práctica en el hospital Materno-Infantil en donde me encontraba en el área tocoquirúrgica en sala de labor y expulsión.

Al llegar al servicio el doctor estaba realizando un legrado y solo había una paciente primigesta en trabajo de parto a la cual le estuve controlando el trabajo de parto, después de unos 30 min. llego otra paciente. Pasamos a sala de expulsión a la primera paciente, en donde yo recibiría por primera vez un bebé por lo que me encontraba algo nerviosa pero con mucha emoción. Se realizó el parto y la señora batalló un poco para expulsar al bebé porque cuando pujaba no hacia la fuerza abajo sino en la boca y garganta, después de un rato nació el bebé que fue niño, la doctora me lo entregó y lo coloque en la mesa pediátrica para darle los cuidados inmediatos al recién nacido, como era la primera vez que lo hacia las manos me temblaban un poco pero me sirvió mucho el apoyo de la pasante, el enfermero y mi compañera después de darle los cuidados se lo lleve a su mamá para que lo conociera, al acercárselo la señora lo tomo un rato y me dio las gracias porque su bebé estaba bien, yo sentí muy bien cuando la señora me dio las gracias por haber atendido a su bebé cuando nació.

Después hubo otro parto pero ahora a mí me toco llenar la papelería, ya que mi compañera ahora iba a recibir al bebé. Así concluyo el día y me retire del servicio.

Este fue uno de los días más importantes en mi práctica porque yo esperaba con mucha ansiedad que se llegara el día en que recibiera un bebé y creo que este día jamás se me va a olvidar por eso yo lo considero un día extraordinario.

DIA EXTRAORDINARIO

R-8

DIA MIÉRCOLES 14 DE ABRIL DE 1999

Este día mi práctica era en área tocoquirúrgica en el IMSS 1 llegamos a las 12:55 hrs, entramos a cambiarnos a las 13:15 hrs, y por cierto la maestra llegó algo tarde entramos a los vestidores nos cambiamos, y entramos al servicio, saludamos a las enfermeras de en la tarde y comenzamos a recorrer el servicio el busca de ver cuantas pacientes había; éste era mi último día en sala de

expulsión del área tocoquirúrgica, y todavía no había recibido ningún bebé, entré a un parto que estaba atendiendo una interna, la cual por cierto no sabía, o no se acordaba mucho de las medidas de asepsia, ya que no las utilizaba, el resultado fue una linda niña. Al salir del parto me dirigí a labor, en el cuál había ya varias señoras en trabajo de parto en la fase activa, traté de estar con las pacientes apoyándolas en las respiraciones, para, que pudieran controlar su dolor, en algunas pacientes si funcionó pero en otras eso no era suficiente y seguían gritando y tratando de morder algo o agarrarlo, ya que me acuerdo que alguna me llegó a tomar de la mano y a apretarme muy fuerte que tuve que hallar la forma de soltarme, y que si me volvía a apretar así quien sabe que podría pasar. Ese día recuerdo que hubo varios partos en las salas de expulsión, en las cuáles, llegaba Omar que estaba en labor y al llegar a los partos recibía sin pedir permiso, y todos los demás compañeros nos quedábamos sorprendidos, ya que llegaba con mucha confianza y los recibía sin haber estado ahí, la primera vez, no lo dejaron ligar, nada más estimularlo y tomarle la somatometría, en el segundo parto, ya lo dejaron ligar y hacer todo, y como nosotras estábamos observando dijimos ¿pero como no le da miedo? nos preguntamos y a parte que hace aquí si todavía no es su turno de pasar por aquí, y aparte llega recibe y en los demás partos, solo ligaba y se iba, no completaba papelería no entregaba al bebé., en perinatología. Al ver hacer esto a Omar como que si molesto a parte del grupo, pero en el fondo como que nos hizo la interrogante, de que a poco teníamos miedo de recibir y de que si no lo hacíamos ya, nunca lo haríamos, y que aprendiéramos de Omar a que hay que aprovechar las oportunidades, yo la verdad no había recibido bebé por miedo a no poder hacerlo como se debía, y eso de que ya había estado presente en varios partos y había(recibido a) ayudado a recibir a los bebés al registrar, todo y ayudar en la papelería y a los doctores internos al proporcionarles el material necesario, y aunque algunas enfermeras, me habían dicho que después me dejaban recibir, aún así no me había animado, pero al ver a Omar tan desenvuelto y de, que las enfermeras si le dieron chance, me hice la pregunta porque ¿yo no?. Al terminar los partos, Cyntia, Yina y yo ayudábamos a las enfermeras con los registros de la papelería y los primeros cuidados al recién nacido, y apoyábamos a las madres para que respiraran y que se enseñaran a tomar aire y pujaran abajo, aparte de apoyarla para que controlara sus nervios y esa terrible ansiedad que a muchas les da a la hora del parto. Después de cinco partos seguidos, recuerdo que llevamos a una de las pacientes son las que al principio había estado en el trabajo de parto pero que después tuve que dejar porque salieron los partos, la llevamos la sala 1 en la que la enfermera no estaba en el servicio, había salido a algo y en eso se vio que las otras enfermeras eran las que se estaban haciendo cargo de la sala, y como el bebé ya estaba por nacer y la doctora, ya estaba haciendo la episiotomía, y como ninguna enfermera se calzaba los guantes, vi la oportunidad de recibir, le dije a Yina y a Cintya que se animaran pero no quisieron y entonces le dije a Yina que me ayudara a seguir con las respiraciones de la señora, le pregunte a una enfermera que acababa de llegar, si podía recibir, pero titubeó y me dijo que dependía del parto, y como vi que el bebé estaba apunto de nacer y nadie hacia cargo, más bien dicho ya estaba naciendo, y por lo mismo me calcé los guantes y tome un campo de la doctora, y al momento que nació lo recibí, con tanto miedo de que se me fuera a caer que lo abrace como pude, embarrándome todo el uniforme, en eso la

enfermera me vio y me ayudo a darle los primeros cuidados, primero a saber como aspirarlo, y eso que llega la maestra y ya también me ayudó, lo limpié y estimulé, después le ligue el cordón, lo cual se me hizo sencillo, y la enfermera, Anita, me apoyó para ello junto con la maestra, después lo pese, y le tomé la somatometría, lo limpié bien, lo cambié de campos y la maestra al final le lavó su cabecita, ya que estaba muy sucio, lo secamos y lo entregué en perinatología. Al terminar el papeleo y todo volvía a labor, más tarde hubo otro parto entré y ayudé, y ya casi al finalizar el turno, entré a otro parto y vi que si estaba la enfermera pero que el bebé estaba a punto de nacer y ella estaba muy ocupada en papelería y decidí volver a recibir, ya no pedí permiso, solo me calce los guantes y tome el campo, tratando de que me cubriera todo el uniforme y otra vez estaba la enfermera para ayudarme y como estaba nerviosa todavía, aunque menos que en el otro parto, traté de hacer las cosas aprisa, pero la enfermera me dijo que no, que tranquila, que primero aspirara y después estimula, y después ligara, a la hora de ligar, las ligas quedaron en la base, recuerdo que la primera se rompió y que la última o en la última jale mucho de la base, a lo que Yina me hacía la observación, de ello y me di cuenta de que a esta hora uno debe tener todos sus sentidos, limpié al bebé, lo pesé y lo medí, lo acabé de asear de su cabecita y lo llevé a perinatología, la maestra no estaba presente, y aún así decidí realizarlo por segunda vez. Y al salir del turno no se me sintió muy bien porque había recibido, con ganas de volver hacerlo y Yina y Cintya decidieron animarse a recibir la próxima semana, viendo que no era cosa del otro mundo.

DIA EXTRAORDINARIO

R-9

UN DIA EXTRAORDINARIO EN PRACTICA

Este día fue extraordinario para mi, pues me gusta ver y conocer cosas nuevas y novedosas y el hecho de que yo fuera a observar el nacimiento de un bebé me agradaba pues solo me lo había imaginado.

Al llegar a sala de labor había dos pacientes una con actividad uterina, un medico me indico que le checara la T.A. además que contara las contracciones en 10 min, sinceramente solo intente contárselas pero en todo momento sentí el estomago duro y no identifiqué la contracción, después de un buen rato la paciente paso a sala de expulsión ahí solo observaba mientras tanto la enfermera encargada me explicaba como se preparaba todo y como se recibía al recién nacido y la realización de sus cuidados inmediatos, enseguida regresé a ver la expulsión de la placenta. Todo esto me sorprendió pero era lo que yo desea ver, creo que es una de las áreas donde más me gusto estar además del quirófano también.

Después de un buen tiempo la otra paciente ya tenia los 10 de dilatación con contracciones más frecuentes el medico indico pasarla a sala de expulsión donde yo recibí al recién nacido con ayuda de la docente, primero me dio miedo tomar al R.N. en mis manos pero bueno eso sí lo hice pero lo que más se me dificulto fue poner la doble ligadura. Enseguida tomé el tamiz del cordón umbilical; y a la vez mi compañera iba haciendo la papelería.

DIA EXTRAORDINARIO

R-10

Me levante a las 7:00 de la mañana, desayune y me puse a arreglar la casa un rato, después me metí a bañar, comí, me vestí para irme y salí de la casa.

Al abordar el camión me imagine como sería el servicio, creía que estaría lleno y que yo ayudaría a las enfermeras, en fin yo quería mantenerme todo el día ocupada.

Llegue al IMSS, la maestra tomo lista y enseguida pasamos a los vestidores, me cambie y entre al área.

Todo estaba muy tranquilo y yo ya me estaba desesperando, además estaba muy fastidiada de no hacer nada, a las 6:00 pm fue el primer parto que tuvimos en el cual tuvieron que sacar al producto con forceps pero todo salió bien, después hubo otro en el cual paso lo mismo pues tuvieron que sacar el producto con forceps, solo que en esta ocasión el bebé ya traía sufrimiento fetal y le tuvieron que dar reanimación por que no respiraba, lo extraordinario de este día es que fue dramático pero a la vez muy interesante ver como pudieron sacar al bebé adelante.

DIA EXTRAORDINARIO

R-11

Llegamos al servicio de puerperio (maternidad) aproximadamente a las 7:00 a.m. y nos incorporamos a la entrega de turno, para saber que pacientes se encontraban en el servicio.

Al terminar de recibir el turno nos dispusimos a tomar signos, las enfermeras encargadas nos dejaban todo el trabajo al principio porque luego se incorporaron algunas de ellas.

Ya más tarde comencé a bañar a los niños y una de las enfermeras no quería proporcionarnos material (como torundas para el muñón umbilical), eran muy pocas torundas para los niños que bañabamos y cada rato iban otras personas y las tomaban, fui con la enfermera encargada a pedirle un poco de torundas y me grito diciéndome que tenía que cuidar el material porque no había suficiente, al final me dio torundas.

Cuando terminé de bañar a los niños una de mis compañeras me pidió de favor que le ayudara a retirar una sonda vesical, para lo que teníamos que ir por material para realizar el procedimiento a lo que las misma enfermera me dijo que con una misma jeringa se retiraba el agua que contenía la sonda (5 ml) y que preguntáramos cuando hiciéramos algo.

Estas situaciones me estresaron mucho ya que nunca me habia pasado algo igual. Bueno y así terminó con mi día "extraordinario".

DIA EXTRAORDINARIO

R-12

Mi día empezó a las 8:00 a.m. de la mañana que me levante, después me puse a tender mi cama y hacer el desayuno luego ya me aliste para irme rumbo al hospital, era mi primer día en tocoquirúgica, me toco lo que es la sala de expulsión, en esto llega una señora con dilatación completa al igual que el

borramiento, era su primer bebé, ella tenía mucho miedo, la bloquearon pero no surtió gran efecto ya que la señora sentía mucho dolor, la postura del bebé no era la adecuada así que se usaron los forceps, al tenerlos adentro le realizaron la episiorrafia, la cual desde mi punto de vista no era muy correcta, puesto que le desgarraron mucho, la intentaron bloquear de nuevo pero no tuvo efecto, así estuvieron varias veces, la paciente se mostraba desesperada, adolorida y nerviosa.

El médico al estar haciendo la sutura se encuentra una pequeña tira cavernosa y se pregunta esto que es, otro le contesta a de ser un lunar en fin no le toma importancia y sigue con la sutura, tarda más de una hora, para repararla y la paciente seguía sintiendo dolor la anestesia no le hizo efecto.

Luego llega a la sala 1 otra paciente también con borramiento completo y dilatación, ella si estaba bien bloqueada, él bebe también traía mal la posición, así que volvieron a usar forceps, ya sacan al bebé, pero no lloraba, el pediatra empezó aspirarlo, y a darle oxígeno con el bu pero no reaccionaba, la enfermera comentaba que traía sufrimiento fetal ya que ya era mucho rato que estaba completo el borramiento y la dilatación y el bebé ya estaba encajado, yo sentía que el bebé no iba a reaccionar y se veía todo morado, ya después de 5 minutos empezó a respirar por si solo el bebé, su madre también pudo darse cuenta que el bebé estaba deprimido, se puso muy nerviosa imaginándose que en ese momento lo podía perder, Ya cuando empezó a llorar sus respiraciones eran muy débiles al igual que su llanto, se lo llevaron a neonatología, la sutura de la está señora fue más rápida que la de la otra, pero está si iba a traer consecuencias ya que la episiorrafia se les fue hasta ano.

Ya llegó la hora de salida, yo todavía me sentía muy asustada y angustiada, de los problemas que iba a tener la señora con esa lesión, y si el bebé estaría ya mejor para el día siguiente.

DIA EXTRAORDINARIO

R-13

Bueno, para mí fue un poco sorprendente al día 26 de abril de 1999, llegue como siempre tome lista ingrese a mi servicio, revisé cuantos pacientes tenía, pero no revisé una de las habitaciones. Bueno después al entregar y recibir el turno me di cuenta que en el modulo 3 y me acuerdo que era la habitación 439 de 4º piso de puerperio de alto riesgo, que en la habitación que no revisé había una señora con 28-SDG con varicela, me pareció raro que hubiera una persona con esa infección.

Con la enfermera que me toco colaborar tenía 32-SDG y no le había dado varicela y dijo que no podía darle atención ya que corría riesgo con su bebé. A mí ya me había dado varicela y no tenía problema para entrar con la paciente. Al conversar con ella, decía que ya estaba harta de estar ahí, y que se quería ir, entonces yo trate de explicarle que era importante que estuviera hospitalizada porque así estaba en observación por su bebé ya que el podía correr riesgo. Pero ella necia y bueno solo la valore, platique con ella y enseguida salí de la habitación. Me lave bien las manos y trate de no estar en contacto con los recién nacidos ya que podía contagiarlos porque entraba a la habitación de la paciente.

Se llegó la hora de ir al comedor y como siempre 20 min de comedor.

Regresamos a la ½ hora nos dimos cuenta que la señora se había fugado y por supuesto con la ayuda de sus parientes.

Me sorprendió mucho ya que nunca me imagine que le importara poco su bebé para haberse ido (que fue por fuga). Las enfermeras se molestaron, se llamo a trabajo social, y se levanto un acta, bueno los informes necesarios, y se trato de seguir con calma. Sin tratar de perjudicar a las demás pacientes. Se llega la hora de la salida y lo único que me queda pensar es que irresponsabilidad de la madre y de sus parientes. Lo malo es que nosotros o en lo personal me senti culpable por no estar más pendiente de la paciente. Eso me estreso un poco. Para mi fue un dia muy agitado.

DIA EXTRAORDINARIO

R-14

Me levantó a las 05 :45 hrs. me dirijo al baño, me baño, me visto poniéndome el uniforme blanco, bajo a desayunar, preparo mi lonche, despierto a mi hermana y me voy al hospital, llegó y me registró con mi docente ó pasante, me voy al servicio de Maternidad , me lavó las manos y me voy con las enfermeras entrantes a recibir turno y revisamos la situación de cada paciente de las salas que son A,B,C,D,E y privado 1 y 2, después me pongo a repartir termómetros a cada unos de mis compañeros para su sala y me dirijo a preparar los medicamentos que se dan a las pacientes a las 8:00 hrs, bajo la supervisión de la enfermera, doy medicamentos con la docente a cada una de las salas y al término voy a mi sala a(tomar signos vitales de las pacientes y de los recién nacidos y los registro, después me pongo a revisar el útero de las pacientes puérperas y de cesárea, características del sangrado, episiorragias, realizo las notas de Enfermería (bajo supervisión) , les indico que se paren a bañar y una paciente que se encontraba en la cama B-6 llamada Guadalupe le habían realizado una cesárea y no había tenido movilidad entonces le indique que primero se sentará para que no se mareara a lo cual le ayude a realizarlo, después de un tiempo se paro a bañar y ya cuando estaba en el baño que se desmaya y una señora que se encontraba en el baño grito como (le diré) asustada, histérica, fuera de onda, total que ya fuimos a levantarla una enfermera y yo, la pusimos en un silla de ruedas y la trasladamos a su cama y después vino lo bueno, la jefa de enfermeras pregunto que quien le indicó que se parará a lo cual le respondí que yo y me barrio y trapeo con sus regaños, bueno ya pasado ese episodio me puse a bañar niños, después me puse a tender camas y me puse a dar platicas de lactancia materna y planificación familiar y que por cierto no fui a desayunar, bueno ya que se entero la docente de lo sucedido me llamó la atención a lo cual yo le explique que fue por indicaciones de la enfermera pero como la jefa de enfermeras es muy intransigente me evite la pena de contestarle (que aunque las enfermeras me dijeron que no era mi culpa que me entrará por un oído y me saliera por el otro) para evitar problemas, bueno ese dia no realice mi valoración, ni planes de atención porque se me fue el tiempo en esa situación, después fuimos a la aula de enseñanza a una platica de autoestima, saliendo a las 14:00 hrs. me dirigí al trabajo a lo cual llegué a las 15:00 hrs. y había 15 detenidos por tomar en via publica y escandalizar, a lo cual pase de uno por uno terminando a las 16:30 hrs., después realice los exámenes médicos a personal operativo y de academia, terminado a las 18:00 hrs. me fui a dar clase de planificación familiar terminado a las 19:00 hrs después me dirigí con el medico en una patrulla de

transito al hospital central a la certificación alcohólica de una persona que se encontraba hospitalizada por accidente automovilístico y después fuimos al hospital I.M.S.S. Zapata a certificar a otra persona por el mismo choque, terminando a las 21:00 hrs. llegando al consultorio con una fila de 10 (diez) detenidos por riña y dos por lesiones, a los cuales certificamos y después fuimos al ministerio publico a ratificar los certificados del hospital y ya vine saliendo a las 23:00 hrs. me dirigí a mi casa a lo cual me llevaron en una patrulla, llegué a cenar, preparar la ropa para el día siguiente y me dispuse a descansar.

Me levanto a las 05:45 hrs. me dirijo al baño preparó el agua de la regadera para bañarme, lo realizo, después me visto poniéndome el uniforme blanco o clínico, después me rasuro, peino, bajo a prepararme de desayunar y en el mismo tiempo que estoy desayunando preparo mi lonche de 2 (dos) tortas y tome el botellin para llevarme agua natural y dos piezas de fruta, las pongo en la mochila, término de desayunar, me dirijo a levantar a mi hermana y salgo de la casa aproximadamente a las 06:45 hrs.- para dirigirme al hospital, llego al hospital materno infantil me registro con mi docente o pasante saludandolos de buenos días después me dirijo al servicio de maternidad donde estoy realizando mi práctica, saludo al personal de enfermería entrante y saliente, realizo la asepsia del lavado de manos, después acompañamos a las enfermeras entrantes a recibir turno, viendo las condiciones de las pacientes en todas las salas que son A, B, C, D, E, privado 1 y privado 2, después se realiza la rifa de cada una de las salas de los estudiantes de enfermería que somos 5 (cinco), a mí me tocó la sala B, donde tenía 4 (cuatro) pacientes puerperas y 2 (dos) pacientes de legrado, les tomo sus signos vitales tanto a la madre como a los niños, los registro en los expedientes, después valoro la situación del útero, sangrados, características, episiorrafias, las anoto en el expediente, realizo los pendientes de toma de muestras sanguíneas, después me pongo a leer todos los expedientes de mis pacientes, establezco prioridades de atención, desayunan las pacientes, después les indico que se paren a bañar les proporciono una bata y si hay en algunas ocasiones toalla para secarse, también les doy toallas femeninas, en el tiempo que se bañan, me pongo a preparar la unidad de donde se bañan los niños, me pongo a bañarlos, que está vez tenía 4 (cuatro), después realizé el tendido de camas con la ayuda de la enfermera (a veces), después me voy a desayunar con mi compañero Manuel, al terminar llegamos a las salas a dar orientaciones de Lactancia Materna, Planificación Familiar, la educación de los cuidados de la madre e hijo, explicación de la cartilla nacional de la mujer, después realizo mi plan de atención de enfermería eligiendo a una paciente y realizando en general todas las acciones de enfermería, satisfaciendo las necesidades de la puerperas, después se llega el término del horario de práctica y salgo de la institución (todas las acciones que se realizan se le informan a la enfermera, sino se encuentra a la docente o pasante, pero todo bajo supervisión).

DIA EXTRAORDINARIO

R-15

Este día comenzó en el segundo periodo de la práctica en el IMSS la hora de entrada aquí era a la 1:00pm. Llegue a la clínica un poco retrasada de tiempo pues ya estaban todos mis compañeros y la docente.

Entramos a la clínica e hicimos un recorrido por el área física posteriormente me dirigí a los vestidores a ponerme mi uniforme quirúrgico ya que el servicio en el cual iba a estar era en el área tocoquirúrgica, aquí tuve que poner en práctica los conocimientos de tercer semestre acerca de las medidas de asepsia y tener que calzarme botas, gorro y cubrebocas ya que esta se considera un área estéril. El primer servicio en donde pase fue en labor aquí fue impresionante ver a la pacientes en trabajo de parto y no saber cómo actuar ante estos momentos, que decirle y cómo ayudarla, pero conforme pasaban los días iba aprendiendo como poder ayudar la en el momento de los dolores y con la ayuda del personal el cual se portó muy accesible tanto enfermeras como médicos, creo que esto fue de mucha ayuda pues aprendí muchas cosas y perdí un poco más el miedo que da al enfrentarse a situaciones nuevas y de las cuales se tiene poca información.

El momento que más me impresiono fue al pasar por el servicio en sala de expulsión, pues aquí vi por primera vez un parto y el nacimiento de una nueva vida.

El poder ayudarle al médico me hizo sentirme útil y tener más confianza al realizar las actividades.

Otro momento que fue estresante fue al recibir un recién nacido a la hora del parto, se trató de una niña la cual tuvo dificultad para nacer, yo ya estaba preparada con guantes y campo para recibirlo pero hubo necesidad de llamar al pediatra, yo empecé a darle los primeros cuidados como secarlo y estimularlo al mismo tiempo y en eso llego el pediatra y le colocó la mascarilla de oxígeno y me dijo que la bebé estaba bien que si le iba a ligar el cordón y le dije que sí con un poco de miedo pues nunca lo había hecho pero con la ayuda del doctor y la maestra lo pude hacer; finalmente tuve que limpiar a la bebé con aceite y tomarle la somatometría y se la acerque a su mamá para que la conociera y le diera un beso, esto ultimo fue muy padre y gratificante.

DIA EXTRAORDINARIO

R-16

Para mi este día fue muy bonito porque pude llevar a la práctica la teoría con la práctica que era que me inquietaba mucho.

Como en el día típico lo mencione tuve un problema con la enfermera pero realice lo que al inicio del turno me fije un propósito, le ayude a la enfermera a realizar los pendientes y después iniciar mi PAE y al iniciar este proceso lo hice a una paciente en trabajo de parto puesto que en estas pacientes no lo había realizado y era mi primera experiencia lo cual me emocionó mucho al escuchar el corazón del bebé, además de tocarlo al realizar las maniobras de Leopold y las acciones que se requerían y solo me restaba la última acción que era el tacto, solo me daba miedo realizarlo yo sola y me espere hasta que me apoyara mi maestra, y al hacerlo me di cuenta de su dilatación y borramiento.

En lo personal fue un día en el cual pude dividir mi tiempo y experimentar el proceso de un trabajo de parto hasta su alumbramiento.

Anexo 3. Sábana de categorización de "Día extraordinario"

RELATO No.	ÁMBITO	CONDICIONES DE LA PRÁCTICA	SITUACIÓN	RESULTADO	RECURSOS
1	Área Toco quirúrgica	Primera experiencia en atención del parto. Interacciones: Estudiante – paciente. Estudiante personal de enfermería. "Ya en mi servicio me presenté con el personal y a conocer a las mujeres embarazadas, canalicé, tomé muestras de sangre... Conté contracciones... después ordenaron que pasara a sala de expulsión... empezó el trabajo de parto, se dificultó la expulsión... al recién nacido le tuve que dar reanimación artificial... después forzó el doctor la salida de la placenta"	"... La mujer se quejaba... realizaron la episiorrafia desde el ano hasta el orificio vaginal a lo que la señora cada vez que sentía que iban a suturar gemita y presentaba facies, la señora empuñaba sus manos y hacía fuerzas con los pies... Lo que más me impresionó fue como logra salir un bebé por el conducto vaginal, provocándole esto dolores múltiples en todo su cuerpo"		Facilidad para involucrarse en la rutina del servicio. Iniciativa para realizar las actividades. Sensibilidad para observar las reacciones de la paciente.
2	Área Toco quirúrgica	Primera experiencia en atención del parto. Estudiante nervioso ante la situación. Interacciones: estudiante – médico, enfermera y paciente. Situación emergente, nacimiento de un niño deprimido. Primera situación emergente, mujer en estado de choque, que exige actuaciones rápidas y eficientes.	"... entre el interno y yo le decíamos a la paciente que necesitábamos que cooperara para que su bebé pudiera nacer, pero la señora no nos hacía mucho caso... la señora se cansó de pujar y el bebé tardó un poco en nacer, de modo que cuando nació el bebé no respiró inmediatamente, y me puse algo nerviosa, porque yo era la que iba a recibir al bebé, pero como el interno se dio cuenta de que las cosas no andaban muy bien, me acompañó a la cuna térmica y el bebé, no reaccionaba, así que entre la enfermera y yo le ayudamos a darle reanimación" ... el bebé no quería respirar y habían pasado como 5 minutos y me asusté... el interno comenzaba a desesperarse y que grita "mugroso chamaco ya respira" y como por arte de magia el pequeño respiró... gracias a Dios el bebé no se puso grave..." "... yo andaba en labor vigilando a otra paciente en trabajo de parto y de repente me gritaron que llevara el Hartman que era urgente, lo llevé y pregunté que pasaba y me dijeron que la señora estaba chocada... entre el anestesiólogo y el enfermero me pedían diferentes soluciones... me asusté un poco porque el semblante de la señora no era nada bueno, y se estaba quedando dormida... había que hablarle para que no lo hiciera... cuando despertó la señora estaba bien desorientada y se preocupaba por que les iba a dar de comer a sus hijos, pero le explique lo que había sucedido y se ubicó"	Control de sentimientos o nerviosismo ante una situación emergente. "... gracias a Dios pude controlarme y hacer bien lo que me pedían" participación eficiente en la reanimación. "... ese día me metieron dos sustos pero me sirvieron para darme cuenta de que puedo actuar bajo presión y que no me dejo vencer por los nervios".	Utiliza lenguaje técnico. Razonamiento clínico. Habilidades para valoración de paciente en trabajo de parto y para dar maniobras de reanimación por la forma como describe la situación de la paciente y lo que está ocurriendo. Expresión de sentimientos. Actuación en equipo. Se expresa en primera persona.

RELATO No.	ÁMBITO	CONDICIONES DE LA PRÁCTICA	SITUACIÓN	RESULTADO	RECURSOS
3	Área Toco quirúrgica	El alumno refiere 4 experiencias extraordinarias en un solo día de práctica: 1. Apoyo Psicológico. 2. Procedimiento frustrado. 3. Parto en camilla. 4. Aplicación de forceps "La maestra no habla llegado y nos melimos porque ya era tarde... en la sala de labor habla muchas pacientes..." Interacciones: Estudiante - paciente Estudiante - maestra. Estudiante - paciente - médico.	Interacción estudiante paciente en un momento que exigía actuación técnica y emocional. 1. "...la paciente estaba exaltada y gritando mucho... la saludé y le dije mi nombre... empecé a decirle que se relajara y como lo hiciera... como sería el trabajo de parto... le di masaje en la espalda... ella me decía que no me fuera porque yo era la única que le hacía caso... me pidió que entrara con ella a la sala de parto... le dije como le hiciera y le limpié el sudor... más calmada me tomó la mano y me dijo gracias... comenzó a llorar". Interacción maestro alumno en una situación de apremio. 2. "...yo empecé a canalizar a la paciente y llegó la maestra me dijo que la canalizara rápido, yo me puse muy nerviosa porque a pesar de que yo sí se canalizar, no había estado en una situación así... la maestra vio que me puse nerviosa y me quitó el jello... la maestra no pudo canalizar... estando adentro la maestra la volvió a picar y no pudo... la enfermera terminó canalizando a la paciente" 3. "...en la sala de labor vi a una paciente que se quejaba mucho, lo primero que hice fue levantar la sábana y el bebé estaba coronando... llamé al doctor y la estábamos pasando a sala... El producto salió..." Vivencia traumática que le impactó para toma de decisiones futuras y en su vida personal. 4. "...el ginecólogo tuvo que usar forceps para sacar al producto... la paciente tuvo un desgarro y se tardó mucho el interno para saturarlo".	Sentir el reconocimiento de la paciente. "yo sentí muy padre porque a veces cuando la maestra te dice que hiciste las cosas bien se siente muy bien, pero yo sentí más bien cuando una paciente te dice gracias". Nerviosismo ante una indicación de apremio de la maestra que frustra la realización de un procedimiento. Reconocimiento de habilidades técnicas	Habilidad para establecer relaciones empáticas. Habilidad para orientar y apoyar.
4	Área Toco quirúrgica	Primer día de práctica con mucho miedo e inseguridad. Situación afectiva - emotiva. Interacciones: Estudiante - estudiante. Estudiante - maestra. Estudiante - paciente.	"...cabe mencionar que tenía mucho miedo temor porque iba a entrar a área... me sentía muy insegura, bueno ya entré, me sentía frustrada... mi compañera Carmen me enseñó todo lo que se hacía, ya había estado con anterioridad en el servicio, mi mayor temor era recibir entre mis brazos a un pequeño y saber que tenía en mis manos una vida, una responsabilidad."	"...fue tan asombrante que ya no me quedaron ganas de un bebé propio, por algún tiempo." "...a pesar de mi inseguridad y miedo al poquito rato llegó la docente y me dijo Imelda, ¿ya recibiste?, no, pero tengo mucho miedo, ella me contestó, vente es tu oportunidad yo te ayudo, me dio tanta confianza que con su ayuda logré vencer el miedo y me sentí segura"	Toma de decisiones. Reconocimiento del límite de su competencia. Orientación y apoyo en el servicio por su compañera y la docente. Expresa su estado de ánimo.

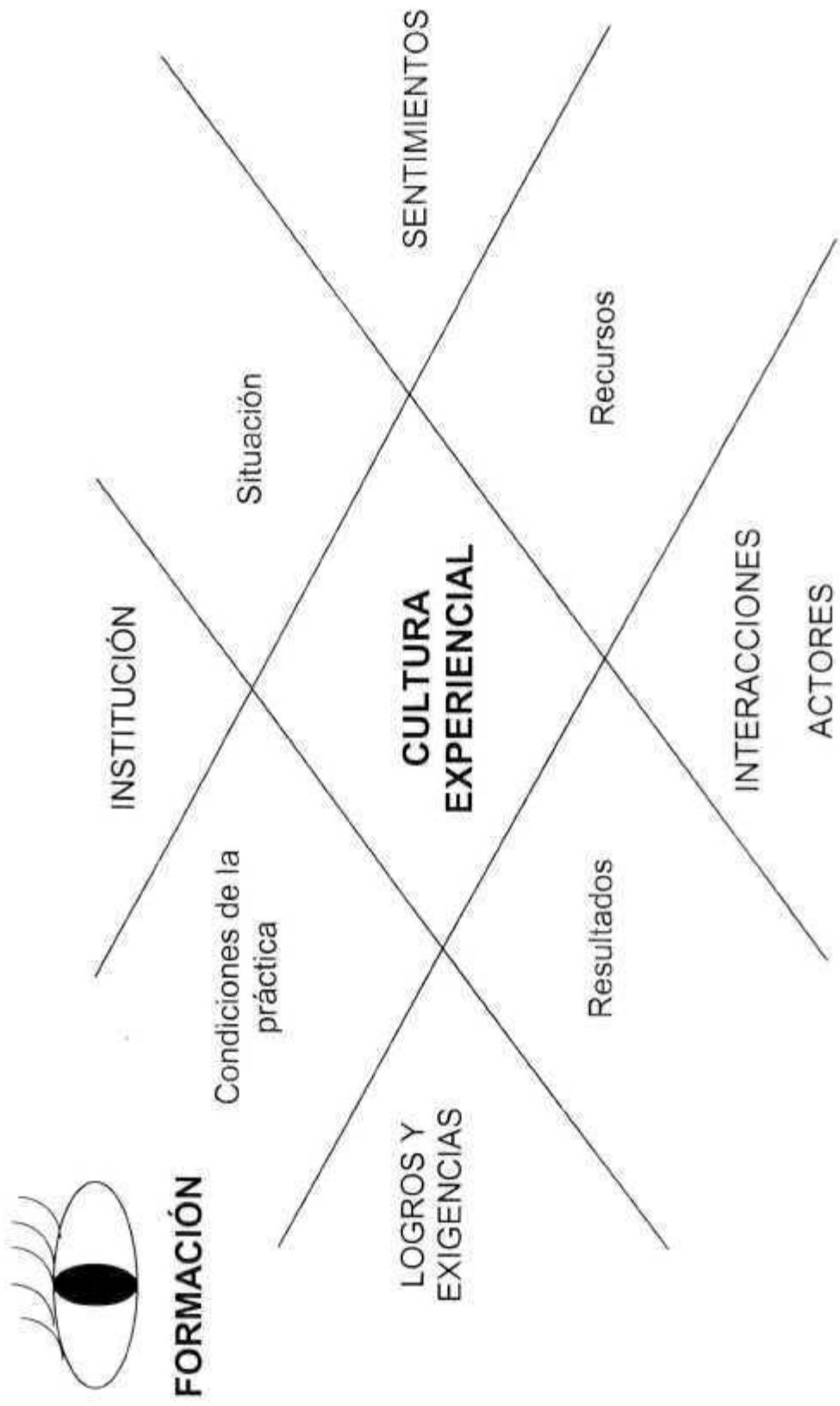
RELATO No.	ÁMBITO	CONDICIONES DE LA PRÁCTICA	SITUACIÓN	RESULTADO	RECURSOS
5	Puerperio Área Toco quirúrgica	El alumno obedece una indicación verbal de la doctora y se genera una situación de controversia. Interacciones: Alumno – médico, alumno enfermera.	...La doctora me dijo que retirara los líquidos yo se los retiré... llegó una de las enfermeras y me llamó la atención muy fuerte delante de los demás pacientes y dijo que ni yo ni la doctora sabíamos cuales eran las indicaciones para retirar líquidos por supuesto yo no las sabía, hasta después lo supe... esto me molestó mucho" ...estaba una señora con seis cm de dilatación, tenía ganas de pujar, me acerque para ayudarla y me tomó del brazo y me dijo que quería pujar en eso pasa una enfermera y le dice que me soltará, que me iba a fracturar el hueso, que no pujara... se me ocurrió levantar la sabana para revisarla, pujó la señora y salió el bebé... la enfermera pinzó el cordón me pasa al niño para que lo atienda y yo no sabía que hacer... me indican que pase a la sala y que lo aspire, yo recibí al niño sin guantes y sin cubreboca... llega la maestra y me coloca unos guantes y el cubreboca y me dijo que me calmara, lo empecé a aspirar, a limpiarlo y todo iba muy bien hasta que llegó la hora de ligar su cordón, me daba miedo, sentía que se iba a desangrar... se me atora el guante con su cordón, la liga y la pinza, me puse muy nerviosa y asustada y la maestra me ayudó"	Molestia ante el reclamo injustificado y la llamada de atención frente a los demás pacientes. ...yo me senti muy nerviosa, no sabia que hacer, yo me puse a brincar ya que no sabia que hacer, me mandaron a traer el equipo de parto y traje el de sutura... no sabia cual se necesitaba... Al final estaba tan cansada y con tanto miedo que hasta pálida estaba, me fui a sentar un rato... "Ahora empezamos a llevar la clase de parto y yo ya terminé mi periodo de toco, es por eso que decimos que la teoría va a destiempo con la práctica"	Conocimiento y juicio clínico e intuición. El apoyo del docente.
7	Área Toco quirúrgica	Segundo día de practica. Interacciones: estudiante – pasante, estudiante – enfermera, estudiante – estudiante. Esperaba con mucha ansiedad que se llegara el día en que recibiera un bebé y creo que este día jamás se me va a olvidar.	"yo recibía por primera vez a un bebé por lo que me encontraba algo nerviosa y con mucha emoción... le proporcione los cuidados inmediatos y como era la primera vez que lo hacia las manos me temblaban un poco pero me sirvió mucho el apoyo de la pasante enfermera y mi compañera"	...yo me senti muy bien cuando la señora me dio las gracias por haber atendido a su bebé cuando nació"	El apoyo de la pasante, la enfermera y su compañera.
8	Área Toco quirúrgica	Ultimo día en sala de expulsión y todavía no recibia ningún bebé, Interacciones. estudiante – estudiante.	"...entré a un parto que estaba atendiendo una interna, la cual por cierto no sabia o no se acordaba mucho de las medidas de asepsia ya que no las utilizaba..." traté de estar con las pacientes ayudándolas en las respiraciones... en algunas pacientes si funcionó pero en otras no, seguían gritando y tratando de morder algo... hubo varios partos, un compañero que estaba en labor al llegar a los partos recibía al recién nacido sin pedir permiso... los compañeros nos quedábamos sorprendidos, él llegaba con mucha confianza y los recibía, la primera vez no lo dejaron ligar... en otro parto lo dejaron hacer todo... las compañeras nos preguntamos	identifica problemas y errores. Cuestiona comportamiento de otros... "La maestra llegó tarde, la interna no utiliza las medidas de asepsia"	El apoyo de la enfermera, la maestra y los compañeros. Capacidad de observación. Recupera el proceso. Hace reflexión sobre si misma y sobre la situación.

RELATO No.	ÁMBITO	CONDICIONES DE LA PRÁCTICA	SITUACIÓN	RESULTADO	RECURSOS
		<p>¿cómo no le da miedo?... ¿qué hace aquí si aún no es su turno?... al ver esto nos molestó pero en el fondo nos hicimos la interrogante ¿tenemos miedo al recibir al recién nacido?... si no lo hacemos ya nunca lo haríamos, aprendimos del compañero que hay que aprovechar las oportunidades".</p> <p>"le pregunte a una enfermera que acababa de llegar si podía recibir pero tubeó y me dijo que dependía del parto y como vi que el bebé estaba a punto de nacer y nadie se hacía cargo... Me calcé los guantes, tomé un campo y recibí... con tanto miedo que se me fuera a caer que lo abraza como pude ensuciando todo mi uniforme... la enfermera me vio y me ayudó y luego la maestra y también me ayudó..."</p> <p>la segunda oportunidad ya no pedi permiso, la maestra no estaba y aun así decidí realizarlo, otra vez estaba la enfermera para ayudarme, y como estaba nerviosa todavía, traté de hacerlo rápido pero la enfermera me dijo que no, que tranquila... a la hora de ligar recuerdo que la primer liga se rompió y que en la última jalé mucho de la base, a lo que Yina mi compañera me hacia la observación de ello y me di cuenta de que a esta hora uno debe tener todos los sentidos, Yina y Cintya decidieron animarse a recibir la próxima semana, viendo que no era cosa del otro mundo.</p>	<p>El comportamiento del compañero la hace reflexionar.</p> <p>"... yo la verdad no había recibido bebé por miedo a no poder hacerlo como se debe... había estado presente en varios partos y aunque algunas enfermeras me habían dicho que después me dejarían recibir, aún así no me había animado".</p> <p>Logra controlar el nerviosismo y decide ante la situación recibir al bebé</p> <p>Reconoce sus habilidades para enfrentar la situación aun sin ayuda.</p> <p>Adquiere confianza en si misma.</p> <p>Valora la actuación de la enfermera.</p>	<p>Personal de enfermería con actitudes favorables a la docencia.</p>	
9	Área Toco quirúrgica	<p>Primera experiencia en sala, le gusta ver y conocer cosas nuevas como recibir a un bebé.</p> <p>"la enfermera encargada me explicaba como se prepara todo y como se recibe al recién nacido y la realización de cuidados inmediatos."</p> <p>Interacciones: estudiante - enfermera, estudiante - docente</p>	<p>"Yo recibí al recién nacido con ayuda de la docente primero me dio miedo tomar al recién nacido en mis manos... Lo que más se me dificultó fue poner la doble ligadura..."</p>	<p>Satisfacción al ver cubierta su expectativa.</p>	
10	Área Toco quirúrgica	<p>Estudiante con una expectativa "...me imaginé como sería el servicio, creí que estaría lleno y que yo ayudaría a las enfermeras, en fin, yo quería mantenerme todo el día ocupada."</p> <p>El estudiante se mantuvo como observador, no reñera haber participado en ninguna acción.</p>	<p>"...Todo estaba muy tranquilo, yo ya me estaba desesperando, estaba muy fastidiada de no hacer nada, a las seis fue el primer parto que tuvimos, en el cual tuvieron que sacar al producto con forceps, pero todo salió bien, después hubo otro en el cual pasó lo mismo solo que en esta ocasión el bebé traía sufrimiento fetal, le tuvieron que dar reanimación, lo extraordinario de este día es que fue dramático pero a la vez muy interesante ver como pudieron sacar al bebé adelante"</p>	<p>Le impactó lo novedoso de la experiencia</p>	

RELATO No.	ÁMBITO	CONDICIONES DE LA PRÁCTICA	SITUACIÓN	RESULTADO	RECURSOS
11	Puerperio	*... al terminar de recibir el turno nos dispusimos a tomar signos... las enfermeras encargadas nos dejaban todo el trabajo al principio, porque luego se incorporaron algunas de ellas". Interacciones: estudiante – enfermeras, estudiante – estudiante.	*... Ya más tarde comencé a bañar niños y una de las enfermeras no nos quería proporcionar material (torundas para el muñón umbilical) eran muy pocas torundas para los niños que bañáramos y cada rato iban otras personas y las tomaban, fui con la enfermera a pedir un poco de torundas y me gritó diciéndome que tenía que cuidar el material porque no había suficientes, al final me dio torundas". *... una de mis compañeras me pidió de favor que le ayudara a retirar una sonda vesical... teníamos que ir por material para realizar el procedimiento a lo que la misma enfermera me dijo que con una misma jeringa se retirara el agua que contenía la sonda y que preguntáramos cuando hiciéramos algo..."	"Estas situaciones me estresan mucho ya que nunca me había pasado algo igual, bueno así terminó un día extraordinario".	Base teórica que le permite comprender la situación. Hacia inferencias e interpretación de lo que ocurre. Evalúa la situación. Utiliza lenguaje técnico.
12	Área Toco quirúrgica	El primer día en el servicio. Al parecer la estudiante se mantiene como observadora, no refiere ninguna participación.	"...llega una paciente con dilatación completa, era su primer bebé, tenía mucho miedo, la bloquearon pero no sintió efecto... la postura del bebé no era la adecuada, usaron los forceps, al tenerlos adentro le realizaron la episiorrafia, la cual desde mi punto de vista no era muy correcta, puesto que le desgarraron mucho... la intentaron bloquear de nuevo pero no tuvo efecto... la paciente se mostraba desesperada dolorida... Una paciente con borramiento y dilatación completa... estaba bien bloqueada el bebé traía mala posición... usaron forceps... sacaron al bebé pero no lloraba... traía sufrimiento fetal... yo sentía que el bebé no iba a reaccionar y se veía todo morado, después de 5 minutos empezó a respirar, la madre se puso nerviosa pensando que en ese momento lo podía perder... la sutura de la señora fue más rápida que la de la otra señora, pero esta sí iba a traer consecuencias, ya que la episiorrafia se les fue hasta ano."	Angustia y susto por la situación y los problemas que pudiera presentar la paciente y su bebé.	Utiliza las bases teóricas para guiar su acción. Emite juicios sobre la situación.
13	Puerperio	En el servicio se encontraba una paciente con varicela y una enfermera estaba embarazada y no le había dado varicela y dijo que no podía darle atención porque corría riesgo con su bebé. Interacciones: Estudiante – enfermera, estudiante – paciente.	"... Yo no tenía problema para entrar con la paciente de varicela... Al conversar con ella, decía que estaba harta... que se quería ir, yo traté de explicarle la importancia de su hospitalización, por ella y por su bebé... salí de la habitación... traté de no estar en contacto con los recién nacidos para no contagiarlos, a la media hora la paciente se había fugado... me sorprendió que le importara poco su bebé... Y se levantó una acta."	"... me senti culpable por no estar más al pendiente de la paciente... lo único que me queda pensar es que irresponsabilidad de la madre y de sus parientes. Eso me estresa un poco para mi fue un día muy agitado".	

RELATO No.	ÁMBITO	CONDICIONES DE LA PRÁCTICA	SITUACIÓN	RESULTADO	RECURSOS
14	Puerperio quirúrgica	...llego al servicio y me voy con las enfermeras a recibir turno. Interacciones: Estudiante - paciente, estudiante - enfermera.	...me pongo a repartir termómetros a cada uno de mis compañeros para su sala... Me pongo a preparar medicamentos bajo la supervisión de la enfermera... doy revisión de las notas de enfermería... tomo signos vitales, reviso útero de las pacientes puérperas y de cesárea... Realizo las notas de enfermería... les indico a las pacientes que se paren a bañar... A una paciente con cesárea le indico que primero se sentara para que no se mareara, le ayudé... se paró a bañar... en el baño se desmayó... una señora grito asustada, histérica, fuera de onda... Una enfermera y yo la ayudamos y la pusimos en una silla de ruedas y la trasladamos a su cama... La jefa de enfermeras preguntó que quien le indicó que se parara a lo cual le respondí que yo y me barró y me trapeó con sus regaños... se enteró la docente y me llamó la atención, le explique que fue por indicación de la enfermera... las enfermeras me dijeron que no era mi culpa que me entrara por un oído y me saliera por el otro... Ese día no realicé mi valoración ni planes de atención... fuimos al aula de enseñanza a una plática sobre autoestima	...como la jefa de enfermeras es muy intransigente me evité la pena de contestarle. Sentimiento de frustración al no poder argumentar su decisión ni ante la enfermera ni ante la docente. No logra su objetivo.	Capacidad técnica. Se involucra con la rutina del servicio. El apoyo de las enfermeras del servicio.
15	Área Toco quirúrgica	...me dirigí a los vestidores a ponerme el uniforme quirúrgico... aquí tuve que poner en práctica los conocimientos del tercer semestre acerca de las medidas de asepsia... ya que ésta se considera un área estéril". Interacciones: estudiante - médico, estudiante - paciente, estudiante - enfermera, estudiante - docente.	...fue impresionante ver a la paciente en trabajo de parto y no saber como actuar ante estos momentos, ¿cómo, qué decirle, cómo ayudarla?... el momento que más me impresionó fue pasar en sala de expulsión... vi por primera vez un parto y el nacimiento de una nueva vida, fue estresante recibir por primera vez un recién nacido... El cual tuvo dificultad para nacer, hubo necesidad de llamar al pediatra, yo empecé a darle los primeros cuidados... llegó el pediatra y colocó la mascarilla de oxígeno y me dijo que la bebé estaba bien, me dijo que si le iba a ligar el cordón, y le dije que si, con un poco de miedo pues nunca lo había hecho, pero con la ayuda del doctor y la maestra lo pude hacer... se lo acerque a su mamá para que lo conociera y le diera un beso, esto fue muy padre y gratificante...	Experiencia agradable, gratificante estresante. Controló el miedo. Noción de logro en la medida en que participa en las actividades. "El poder ayudarle al médico me hizo sentirme útil y tener más confianza al realizar las actividades".	Apoyo docente, del médico y de las enfermeras. ... "conforme pasaban los días iba aprendiendo como poder ayudarles en el momento de los dolores y con la ayuda del personal el cual se porto muy accesible, tanto enfermeras como médicos, creo que esto fue de mucha ayuda pues aprendí muchas cosas y perdí un poco más el miedo que da al enfrentarse a situaciones nuevas y de las cuales se tienen poca información".
16	Área Toco quirúrgica	Primera experiencia: Interacciones. Estudiante - paciente, estudiante - maestra.	...Le ayude a la enfermera a realizar los pendientes y después a iniciar mi P.A.E. lo hice a una paciente en trabajo de parto puesto que en esta paciente no lo había realizado y era mi primera experiencia me emocionó mucho al escuchar el corazón del bebé además de tocarlo al realizar las maniobras de Leopold y las acciones que se requieren y solo me faltaba la última acción que era el tacto, solo me daba miedo realizarla sola y me esperé hasta que me apoyara mi maestra y al hacerlo me di cuenta de su dilatación y borramiento...	... "puede dividir mi tiempo y experimentar el proceso de un trabajo de parto hasta el alumbramiento"... "puede llevar a la práctica la teoría con la práctica que era lo que me inquietaba mucho"...	Reconoce sus limitaciones. Pide asesoría oportunamente. Utiliza el lenguaje técnico. Tiene claros sus propósitos.

Anexo 4. Estructura analítico – conceptual
LA PRÁCTICA CLÍNICA HOSPITALARIA DE LOS ESTUDIANTES



PLANO EDUCATIVO – PLANO INSTITUCIONAL – PLANO PEDAGOGICO

**Anexo 5. Conceptos, proposiciones y contexto.
Contextualización horizontal de los datos. (Día extraordinario).**

IDENTIFICACIÓN DE RELATO	CONCEPTOS	PROPOSICIONES	ESPECIFICIDAD CONTEXTUAL
1. DE TOCOQUIRUGICA CONDICIONES DE LA SITUACIÓN.	<ul style="list-style-type: none"> - Vínculo empático con el paciente. - Impresión, asombro, identificación. - Sentimientos encontrados VS asombro. 	<p>La impresión del nacimiento de un bebé permite que la alumna se identifique como mujer y profesional de la enfermería.</p>	<p>Existe habilidad para observar las reacciones del paciente, se involucra y tiene iniciativa.</p>
RESULTADOS RECURSOS	<p>NO REFIERE.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adaptación al ambiente. - Toma de decisiones. - Sensibilidad para el cuidado. 	<p>¿En un área de alta complejidad en el cuidado enfermero son más importantes las habilidades de adaptación, toma de decisiones y sensibilidad en la observación del paciente que la información teórica más basta que pueda tener el estudiante?</p>	
2. DE TOCOQUIRUGICA CONDICIONES DE LA SITUACIÓN.	<ul style="list-style-type: none"> - Nerviosismo en la primera experiencia - Ausencia de interacción con el docente. - Interacción con el estudiante. - Cuidado en situación emergente. - Exigencia profesional (rapidez y eficiencia) - Vínculo primario con el interno, ausencia del docente. - Pertinencia en y de la orientación. - Situación de urgencia en el cuidado. - "Conflicto". - Apoyo. 	<p>Ante el conflicto que enfrenta la alumna en su primera experiencia ¿Qué tipo de relación establece con el médico, enfermera, paciente para dar salida en forma rápida y eficiente de la situación del niño deprimido y de la mujer en choque? Las situaciones de urgencia y conflicto demandan en el estudiante habilidades y actitudes eficientes, donde el trabajo interdisciplinario es clave en la solución del conflicto.</p>	<p>Existe implicación en las situaciones, muestra habilidad en el razonamiento clínico, prioriza la valoración, la expresión de sentimientos y la actuación en equipo.</p>

IDENTIFICACIÓN DE RELATO	CONCEPTOS	PROPOSICIONES	ESPECIFICIDAD CONTEXTUAL
	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo en equipo, papel de ayudante. - Conflicto, Cuidado de urgencia. - Angustia del personal médico. - Creencia religiosa y apoyo del mismo. - Resolución al conflicto. - Situación de urgencia. - Demanda en habilidad profesional. - Susto. - Apoyo, orientación, ubicación al paciente. 		
RESULTADO:	<ul style="list-style-type: none"> - Angustia. - Conflicto. - Miedo. 	<p>El enfrentamiento ante situaciones nuevas crea una contradicción entre la exigencia profesional y los sentimientos que ésta misma genera o es que ¿el conflicto, la angustia y el miedo son sentimientos inherentes y necesarios para el enfrentamiento de situaciones nuevas que ameritan eficiencia?</p>	
RECURSOS:	<p>Perfil ideal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saber. - Saber ser. - Saber hacer. 	<p>¿Qué pasa cuando los estudiantes se sienten parte de su experiencia al evidenciar sus conocimientos, sus habilidades, sus sentimientos, etc., cual es el papel de la escuela ante ello? Se da cuenta lo que le pasa al estudiante.</p>	

IDENTIFICACIÓN DE RELATO	CONCEPTOS	PROPOSICIONES	ESPECIFICIDAD CONTEXTUAL
<p>3. DE. TOCOQUIRÚRGICA CONDICIONES DE LA SITUACIÓN.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Carga de trabajo extenuante. - Vínculo docente ausente. - Responsabilidad. - Autonomía. - Primer vínculo: paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - La normatividad representada en la maestra es rebasada por las decisiones de los alumnos. - La carga de trabajo exige habilidades psicológicas, técnicas, de toma de decisiones ante lo imprevisto y de comprensión y conocimiento, tanto en el cuidado enfermero como de otros profesionales de la salud (médico). 	<p>Capacidad para establecer empatía, orientar, apoyar, muestra habilidad técnica, toma de decisiones, reconoce los límites de su competencia.</p>
<p>SITUACIÓN.</p>	<p>C.3.1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vínculo estudiante – paciente. - Exigencia técnica y emocional. - Tensión. - Orientación. - Relación de dependencia y apoyo hacia el estudiante. - Reconocimiento a la labor del estudiante. - Agradecimiento. - Calma, solución de conflicto. <p>C.3.2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vínculo docente – alumno. - Tensión, conflicto ante eficiencia en procedimiento. - Bloqueo cognitivo. - Agresión docente. - Evidencia de no competencia docente. Ética? - Eficiencia técnica del profesional operativo. <p>C.3.3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emergencia. - Conocimiento teórico – práctico 	<p>¿Cuál vínculo pedagógico en relación con la estudiante es más gratificante?</p> <p>¿Qué hace la estudiante ante la exigencia de las situaciones de urgencia que implican una eficiente competencia profesional?</p> <p>¿Cómo resuelven las estudiantes las vivencias traumáticas de su práctica?</p>	

IDENTIFICACIÓN DE RELATO	CONCEPTOS	PROPOSICIONES	ESPECIFICIDAD CONTEXTUAL
	<ul style="list-style-type: none"> - Toma de decisiones. - Urgencia, situación inesperada. - Empatía. - Realidad cotidiana, histórica, posicionamiento. <p>C.3.4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Decisión técnica – ética. - Efectos de novatez en la paciente. 		
RESULTADOS:	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción. - Bloqueo psicológico ante la presencia del docente. - Asombro. - Empatía. - Vivencia exterior – experiencia interior. 	¿Por qué la interacción entre el paciente y la estudiante y el contenido de la misma es lo que deja mas huella en el estudiante?	
RECURSOS:	<ul style="list-style-type: none"> - Interacción efectiva. - Apoyo psicológico. - Competencia profesional. - Práctica conciente. 	¿Cómo se da cuenta el estudiante a través de todas las interacciones, el límite de su competencia como tal?	
4. DE. TOCOQUIRÚRGICA. CONDICIONES DE LA SITUACIÓN.	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimientos (miedo, inseguridad). - Vínculo con estudiante 	La expresión de sentimientos y la relación con otros (estudiante, maestra, paciente) son condiciones importantes en la experiencia práctica.	Era su primer día de práctica, tiene sentimientos de miedo e inseguridad, su compañera y maestra le apoyan.
SITUACIÓN.	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimientos (miedo, inseguridad, frustración). - El alumno como docente. - Conciencia de la realidad, ética estudiantil. - Confianza. - Apoyo. 	¿Quién es el principal apoyo del estudiante para ejercer actividades de primera vez?	
RESULTADO.		¿El vínculo estudiante – maestra se da de manera más efectiva cuando el docente anima a la estudiante a hacer cosas?	

IDENTIFICACIÓN DE RELATO	CONCEPTOS	PROPOSICIONES	ESPECIFICIDAD CONTEXTUAL
<p>RECURSOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vínculo estudiante, compañera y docente. - Saber ser. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vínculo estudiante, compañera y docente. - Saber ser. 	<p>¿En cuántas ocasiones el estudiante a lo largo del semestre expresa sus sentimientos y a quiénes?</p>	
<p>5. DE. PUERPERIO CONDICIONES DE LA SITUACIÓN.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conflicto y tensión. - Ausencia del vínculo docente. - Vínculo en primer término con médico, alumno y enfermera. 	<p>¿En ausencia del docente y ante indicaciones de personal médico en el servicio, qué conflictos y tensiones se generan?</p>	<p>Ambiente de conflicto entre la alumna y personal (médico y enfermera) ocasionada por indicaciones y criterios diferentes.</p>
<p>SITUACIÓN.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Disciplina, obediencia. - Conflicto. - Ética profesional. - Frustración. 	<p>¿A qué lleva la duplicidad de indicaciones entre el personal del servicio en el estudiante de enfermería?</p>	
<p>RESULTADO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Enojo. - Molestia. 	<p>¿Cuál es la causa tan grave que amerita el llamado de atención hacia la estudiante enfrente de los pacientes?</p> <p>¿Ante el error en el cuidado enfermero quién viene a ser el responsable?, ¿Cómo es que se reúne información para delimitar responsabilidades?</p>	
<p>6. DE. PUERPERIO. CONDICIONES DE LA SITUACIÓN.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tensión. - Ausencia del vínculo docente – estudiante. - Relación teoría – práctica. 	<p>¿Existe un sentimiento de culpabilidad en la estudiante porque su actuación en situaciones de apremio debe partir de la teoría?</p> <p>¿Cuál es el concepto de práctica?</p> <p>¿Es la aplicación teórica a situaciones del ámbito de la práctica?</p>	<p>El docente apoya al alumno y este tiene conocimiento y juicio clínico e intuición ante la situación de apremio que se presenta en un segundo día de práctica.</p>
<p>SITUACIÓN.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo estudiantil. - Angustia en el paciente. - Conflicto – enfermera – paciente – estudiante. - Intuición, conocimiento. - Angustia, estrés. 	<p>¿Puede el estudiante ser más sensible ante la realidad y aún más percatarse de las situaciones de apremio que implican un cuidado enfermero que las enfermeras del servicio?</p> <p>La estudiante es capaz de asumir</p>	

IDENTIFICACIÓN DE RELATO	CONCEPTOS	PROPOSICIONES	ESPECIFICIDAD CONTEXTUAL
	<ul style="list-style-type: none"> - Miedo, angustia. Conciencia ética. - No habilidad técnica. - Apoyo del docente. 	<p>una responsabilidad desconocida para ella, con el alto costo sentimental que implica.</p>	
RESULTADO.	<ul style="list-style-type: none"> - Teoría. - Práctica. - Vínculo teoría – práctica. - Privilegio de teoría sobre práctica. - Cansancio físico. 	<p>¿Cuál es el respeto que se tiene hacia la estudiante por parte de la institución de salud y por parte de la escuela en función de sus posibilidades teóricas y prácticas?</p>	
RECURSOS.	<ul style="list-style-type: none"> - Intuición. - Apoyo docente. 	<p>¿Es fundamental el apoyo docente en servicios de alto grado de demandas y exigencias profesionales a fin de que el estudiante no “sufra” en lo físico y psicológico?</p>	
7. DE. TOCOQUIRÚRGICA. CONDICIONES DE LA SITUACIÓN.	<ul style="list-style-type: none"> - Vínculo primario pasante – estudiante – enfermera. - Sentimiento positivo: alegría inolvidable. 	<p>El alumno lleva expectativas personales que espera cumplir.</p>	<p>El agradecimiento del paciente a la estudiante en un segundo día de práctica, la pasante, la enfermera y su compañera apoyan.</p>
SITUACIÓN.	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimientos, contradicción. - Apoyo. - Vínculo primario: pasante y estudiante. 	<p>El apoyo pedagógico de la pasante y la estudiante hacia otra estudiante cumple el objetivo de proporcionar apoyo psicológico y técnico.</p>	
RESULTADO	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción. - Reconocimiento social. 	<p>Cuando la interacción estudiante – paciente es agradable el resultado es el reconocimiento a la imagen de la enfermería.</p>	
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> - Vínculo estudiante – pasante. - Vínculo estudiante – enfermera. - Vínculo estudiante – compañera. 		

IDENTIFICACIÓN DE RELATO	CONCEPTOS	PROPOSICIONES	ESPECIFICIDAD CONTEXTUAL
8. ÁREA TOCOQUIRÚRGICA CONDICIONES DE LA SITUACIÓN.	<ul style="list-style-type: none"> - Expectativa no cumplida. - Vínculo primario con estudiante. - Vínculo primario con enfermera, maestra y paciente. 	<p>El recibir a un bebé como la perspectiva de lo que representa la práctica de enfermería en área tocoquirúrgica.</p>	<p>El apoyo de la enfermera, maestra y compañeros ante procesos de observación y reflexión que realiza de manera exitosa, con conocimiento.</p>
SITUACIÓN.	<ul style="list-style-type: none"> - Acato a la normalidad. - Toma de decisiones. - Limpieza VS seguridad. - Vínculo profesor – enfermera. - Apoyo al estudiante. - Conocimiento como seguridad profesional - Vínculo con la enfermera. 	<ul style="list-style-type: none"> - La impericia técnica por parte del estudiante es convertida en experiencia por parte de la misma y por otras estudiantes y al mismo tiempo es motivo de valor para enfrentar situaciones no realizadas. - La estudiante reconoce sus conocimientos teóricos, lo que le brinda la seguridad de evaluar al resto del personal. 	
SITUACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - La enfermera como apoyo al procedimiento técnico - Impericia técnica. - Estudiante en el rol de docente. - Conciencia de la realidad. - Apoyo pedagógico estudiante – estudiante. 	<ul style="list-style-type: none"> - La estudiante reconoce que la teoría no siempre concuerda con la realidad práctica y que la mujer es un sujeto de la diferencia. - La toma de decisiones y el valor del estudiante favorece el aprendizaje de los mismos. - La conciencia de la realidad del estudiante favorece la seguridad en el cuidado enfermero por el mismo. 	
RESULTADO	<ul style="list-style-type: none"> - Saber teórico. - Saber ser. - Saber práctico. 	<p>¿La capacidad de observación, de comparación y de síntesis son cualidades necesarias en la competencia del estudiante de enfermería en el servicio de tocoquirúrgica?</p>	

IDENTIFICACIÓN DE RELATO	CONCEPTOS	PROPOSICIONES	ESPECIFICIDAD CONTEXTUAL
RECURSOS.	<ul style="list-style-type: none"> - Vínculo estudiante – enfermera. - Vínculo estudiante – maestra. - Vínculo estudiante – compañeros. - Metodología científica. - Autoestima alta. 	<p>¿Es la autoevaluación y el autorreconocimiento necesarios para lograr que el estudiante cuente con una autoestima tal que le potencie hacia una participación más eficiente y efectiva en las exigencias del servicio?</p>	
9. DT TOCOQUIRÚRGICA. CONDICIONES DE LA SITUACIÓN.	<ul style="list-style-type: none"> - Expectativas de ver y conocer. - Vínculo primario con enfermera, docente. - Acontecimiento privilegiado. 	<p>¿En qué momento el personal de enfermería toma el papel de orientadora para la formación de estudiantes, es decir, con el rol de docente?</p>	Las actividades del personal de enfermería son favorables a la docencia.
SITUACIÓN.	<ul style="list-style-type: none"> - Vínculo estudiante – docente. - Sentir al recién nacido – miedo. - Cuidado enfermero al recién nacido. Dificultad, angustia, conflicto 	<p>¿Son todos los sentimientos de la estudiante una contradicción personal que su resolución en forma positiva dependen de la presencia del vínculo docente – estudiante?</p>	
RESULTADO.	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción. 		
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> - Vínculo estudiante – enfermera. 	<p>¿El logro del estudiante depende de enfermeras de los servicios con actitudes favorables hacia la docencia?</p>	
10. DE TOCOQUIRÚRGICA. CONDICIONES DE LA SITUACIÓN.	<ul style="list-style-type: none"> - Expectativa no cumplida. - Rol de ayuda. - Rol cooperativo. - Expectativa no cumplida. - Ausencia de vínculos. - Práctica como ayudante, observador. 	<p>La práctica como espacio de ayuda, de ocupación, de observador, con expectativas no cumplidas y sin vínculos humanos.</p>	Las expectativas del estudiante son el mantenerse ocupada, la realidad no fue así, sin embargo la complejidad de lo sucedido la gratifica.

IDENTIFICACIÓN DE RELATO	CONCEPTOS	PROPOSICIONES	ESPECIFICIDAD CONTEXTUAL
SITUACIÓN.	<ul style="list-style-type: none"> - Rutina. - Sentimiento de tedio y fastidio. - Resolución científico – técnica positiva. - Resolución científico – técnica negativa. - Logro positivo para el paciente y el sentimiento de la estudiante. 	<p>¿Son los sentimientos de tedio y fastidio contrarios a las resoluciones de habilidades científico – técnicas en donde se tienen resultados positivos para el paciente; aún y cuando éste último implique tensión y conflicto para la estudiante?</p>	
RESULTADO.	NO RUTINA "Lo dándose"	<p>¿Es la rutina como sinónimo de realidad plana?, ¿y es lo novedoso lo que hace que el alumno tenga más aprendizaje?</p>	
RECURSOS	? ? ? ?		
11. DE. PUERPERIO CONDICIONES DE LA SITUACIÓN.	<ul style="list-style-type: none"> - Acciones de rutina. - Mano de obra. - Vínculo primario con enfermera, estudiante. 	<p>¿Es acaso que los estudiantes son utilizados como mano de obra en el servicio de puerperio por parte de las enfermeras del servicio, principalmente en las acciones de enfermería consideradas como rutina?</p> <p>¿El recibir turno, la toma de signos vitales como acciones de rutina son parte integrante del concepto de práctica clínica?</p> <p>¿"Recibir", "tomar" son palabras clave del concepto de práctica o son rituales que la normatividad marca en las instituciones?</p>	<p>Las enfermeras descargan el trabajo en el estudiante, aun así bloquean y limitan el uso del material, las alumnas resultan ofendidas y estresadas.</p>
SITUACIÓN.	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de reconocimiento al trabajo estudiante - Falta de material para el trabajo estudiante. - La enfermera no contribuye a la iniciativa de la estudiante. 	<p>¿Por qué a pesar del trabajo incondicional gratuito y desinteresado del estudiante las enfermeras de la institución coartan la iniciativa y reducen el material hacia el estudiante en el cuidado enfermero hacia el paciente, es</p>	

IDENTIFICACIÓN DE RELATO	CONCEPTOS	PROPOSICIONES	ESPECIFICIDAD CONTEXTUAL
	<ul style="list-style-type: none"> - Agresión de la enfermera a la estudiante. - Apoyo estudiante – estudiante en el cuidado técnico hacia el paciente. - Restricción del material. - Ética profesional. - <i>Exceso de poder.</i> - Conflicto. - Tensión. - Vínculo estudiante – enfermeras. - Enfermera administradora. 	<p>acaso parte del costo por el que el estudiante tiene que pasar ya no sólo en la idea de práctica sino como parte de su formación profesional?</p> <p>¿Qué formación puede tener la estudiante cuando en el vínculo de interacción con las enfermeras se prioriza el uso y la utilización de material sobre el cuidado y seguridad hacia el paciente?</p>	
RESULTADO.			
RECURSOS. 12. DE. TOCOQUIRÚRGICA. CONDICIONES DE LA SITUACIÓN.	<p>?????</p> <p>Simplemente observar.</p>	<p>Ante el primer día de práctica sin perspectivas, sin interacciones, sin metas, solo queda observar.</p>	<p>La teoría apoya para comprender las situaciones por las que pasa la alumna, ésta utiliza habilidades cognitivas como la inferencia y la interpretación.</p>
SITUACIÓN.	<ul style="list-style-type: none"> - Miedo del paciente. - Evaluación científico –técnica de otros profesionales por parte de la estudiante. - Desesperación del paciente. - Impotencia del estudiante. - Nerviosismo del paciente. - Iatrogenia médica. 	<p>En el vínculo estudiante – paciente se manejan sentimientos mutuos o encontrados en una misma situación. ¿Cómo se resuelven?, ¿Quién los aborda para darles salida y cuyo producto contribuya a la autosatisfacción de los sujetos del vínculo?.</p> <p>¿La participación del estudiante como observador le permite realizar una evaluación conciente del contexto y de las situaciones particulares alrededor del cuidado de salud?.</p> <p>¿El lenguaje escrito en su relato es producto del proceso de formación</p>	

IDENTIFICACIÓN DE RELATO	CONCEPTOS	PROPOSICIONES	ESPECIFICIDAD CONTEXTUAL
RESULTADO.	<ul style="list-style-type: none"> - Angustia. - Miedo - Visión a futuro. - Conciencia de la realidad. 	<p>de significado? ¿Qué habilidades se encuentran implícitas?</p> <p>¿Qué pasaría si la estudiante no experimentara sentimientos de angustia y miedo; llegaría de cualquier manera a ser conciente de sus acciones y el producto de ellas?</p>	
RECURSOS.	<p>Habilidades cognitivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación. - Análisis. - Interpretación. - Evaluación. - Inferencia. 	<p>Posicionamiento ante su profesión. ¿Qué situaciones del contexto propician el ejercicio de habilidades intelectuales por parte de la estudiante?</p>	
13. DE PUERPERIO. CONDICIONES DE LA SALUD.	<ul style="list-style-type: none"> - Riesgo. - Crisis situacional. - La alumna como apoyo. - Vínculo primario con enfermera - paciente. 	<p>¿Cuál es el papel que asume la enfermera del servicio ante un posible riesgo de trabajo y qué estrategia plantea a los alumnos en relación al cuidado de la embarazada?</p>	<p>La alumna utiliza las bases teóricas y emite juicios ante una situación en la que ésta implicada una paciente.</p>
SITUACIÓN.	<ul style="list-style-type: none"> - Angustia del paciente. - Responsabilidad ética estudiantil. - Fuga física del paciente. - No se concedió la voz al paciente. - Limitación de la intervención al aspecto legal. 	<p>¿Es la realidad explicada desde la estudiante y desde la institución la realidad del sujeto y éste dentro de la complejidad?</p>	

IDENTIFICACIÓN DE RELATO	CONCEPTOS	PROPOSICIONES	ESPECIFICIDAD CONTEXTUAL
RESULTADO.	<ul style="list-style-type: none"> - Culpabilidad. - Inconformidad. - Enjuiciamiento. 	<p>La estudiante se siente parte del personal y eso le da derecho a sentir una responsabilidad ante los pacientes así como a enjuiciar sin antes preguntar las causas o razones de las decisiones de los pacientes.</p>	
RECURSOS.	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidad intelectual: emite juicios. - Verbalización a partir de la teoría. 		
14. DE. PUERPERIO. CONDICIONES DE LA SITUACIÓN.	<ul style="list-style-type: none"> - Rutina. - Concepto de práctica. - Vínculo primario: paciente, enfermera. 	<p>La relación interpersonal como base de dependencia con las enfermeras, y los estudiantes para la inclusión en las actividades de rutina.</p>	<p>Las enfermeras apoyan a la estudiante, ésta tiene capacidad técnica y se involucra con la rutina del servicio.</p>
SITUACIÓN.	<ul style="list-style-type: none"> - Vínculo docente – estudiante. - Siete actividades de siete mencionadas relacionadas con el verbo hacer sin mencionar la parte sustantiva de la acción. - Susto, angustia de otra paciente. - Tensión institucional. - Agresión a la estudiante por parte de la enfermera. - Agresión a la estudiante por parte de la maestra. - Consejo a la estudiante de indiferencia hacia la enfermera y a la maestra por parte de otra enfermera. - Conducta NO ética de la enfermera que dio la orden a la estudiante. 	<p>¿La estudiante es el centro del sándwich entre las órdenes institucionales y la orientación de los docentes de su escuela?</p> <p>¿Existe un vacío entre la cotidianidad de la práctica hospitalaria del estudiante y el discurso institucional hospitalario y escolar?</p>	

IDENTIFICACIÓN DE RELATO	CONCEPTOS	PROPOSICIONES	ESPECIFICIDAD CONTEXTUAL
	<ul style="list-style-type: none"> - Práctica centrada en la rutina y por el hacer. - No cumplimiento de objetivos escolares por la rutina. 		
SITUACIÓN.	<ul style="list-style-type: none"> - Contradicción, coincidencia entre cotidianidad y discurso educativo. 		
RESULTADO.	<ul style="list-style-type: none"> - Conflicto – desconcierto. - Prudencia. 	<p>¿Por qué la estudiante es tratada por la jefa de enfermeras y la maestra sin ninguna consideración en relación a su proceso de formación?, ¿Por qué la estudiante no es capaz de confrontar ante las personas que la agreden?, ¿es sumisión?, ¿es desconcierto?, ¿es inseguridad?, ¿De qué manera la escuela (maestra) reproduce lo anterior?</p>	
RECURSOS	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de asumir la rutina. 	<p>El apoyo de las enfermeras fue para realizar la actividad (indicación), pero no para los resultados de la misma. La actividad de silencio de parte de las enfermeras cuando una estudiante es regañada, aún por indicaciones de ellas mismas, ¿fue a favor de la estudiante o en contra de la jefa de enfermeras?</p>	

IDENTIFICACIÓN DE RELATO	CONCEPTOS	PROPOSICIONES	ESPECIFICIDAD CONTEXTUAL
15. DE. TOCOQUIRÚRGICA. CONDICIONES DE LA SITUACIÓN.	<ul style="list-style-type: none"> - Reglamentación, concepto de riesgo. - Recuperación teórica, memoria del pasado - Concepto de riesgo. - Vínculo primario, médico, paciente, enfermera y docente. - Impresión, impotencia, desorientación. - Estrés estudiantil. - Apoyo médico a la estudiante. - Apoyo del docente a la estudiante. - Sentimiento de logro: empatía con la madre, comprensión del vínculo madre – hijo. - Gratificación por acciones realizadas. 	<p>¿Es el uniforme un elemento de dependencia de la normatividad, de un ritual y / o de un elemento de protección para la estudiante y los otros?</p>	<p>El docente, el médico y la enfermera apoyan al estudiante, este se siente bien, aprende y se le quita el miedo.</p>
SITUACIÓN.		<p>¿Es el tipo de apoyo positivo del vínculo estudiante, docente y estudiante médico lo que permite lograr o tener un sentimiento de logro?</p>	
RESULTADO	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimiento de logro VS sentimiento estresante. - "Control personal". - Logro en actividad de equipo o de ayuda a... - Práctica como sentirse "útil". 	<p>¿Es la actividad en equipo en donde la estudiante tiene participación directa lo que hace que la experiencia sea agradable?.</p>	
RECURSOS.	<ul style="list-style-type: none"> - Vínculo "íntegro" (Estudiante, docente, médico, enfermeras) - Idea de práctica como equipo. - Seguridad. - Privilegio de la realidad sobre teoría. 	<p>En el vínculo entre la teoría y la práctica dirigida a la formación de estudiantes de enfermería requiere ir más allá de la interacción maestro – alumno, por tanto, ¿Cuáles serían las condiciones del contexto y de todos los sujetos involucrados?, ¿De qué manera pensarla para que la práctica sea realmente formativa?</p>	

IDENTIFICACIÓN DE RELATO	CONCEPTOS	PROPOSICIONES	ESPECIFICIDAD CONTEXTUAL
16. DE TOCOQUIRÚRGICA. CONDICIONES DE LA SITUACIÓN.	<ul style="list-style-type: none"> - Vínculo paciente – maestra. - Vínculo estudiante – enfermera. - Primero rutina (objetivo institucional) y luego objetivo escolar. - Sentimiento de emoción y alegría de una nueva vida. - Vínculo estudiante maestra. - El PAE como logro del vínculo T – P. - Satisfacción de actividades científico – técnicas. - Utilización de instrumento universal (PAE). 	<p>¿El proceso de negociación entre lo planeado a nivel de escuela y lo cotidiano a nivel de rutina por parte de la institución permite un equilibrio que tiene como logro el aprendizaje del estudiante?</p> <p>¿La noción de vida y proceso de creación de vida nueva le da cierta magia, emoción y otros sentimientos a la estudiante en la práctica hospitalaria de esta área curricular del plan de estudios?</p>	<p>La estudiante reconoce sus limitaciones, pide asesoría, se implica y tiene claro hacia donde va. Primera experiencia.</p>
RESULTADO.	<ul style="list-style-type: none"> - Administración de la atención. - Vínculo teoría . práctica. 	<p>El proceso de atención de enfermería permite planear las actividades y la vinculación de teoría – práctica.</p>	
RECURSOS.	<ul style="list-style-type: none"> - Autoevaluación. - Visión. 	<p>La visión clara y la autoformación son ingredientes necesarios para el cumplimiento de los propósitos e inquietudes de los estudiantes.</p>	

Anexo 6. Sistema de relaciones en la codificación

Viene de...	Subcategorías						
	I Sentimientos	II Exigencias del ambiente hospitalario	III Los alumnos	IV El vínculo pedagógico	V La responsabilidad de la escuela ante la práctica	VI La normatividad institucional.	
CATEGORIAS	Condiciones de la situación	11	6	10	34	1	6
	Situación	28	28	24	31	1	13
CONCEPTOS	Productos de la situación (RESULTADOS)	11	3	11	6	6	7
PROPOSICIONES DESARROLLADAS	Recursos en la situación	-	8	12	15	4	1

Anexo 7. Lista maestra de categorías operacionales. (Día Extraordinario)

I – La primera experiencia.	II – Exigencias del ambiente hospitalario.	III – Los alumnos.
<p>1. Sentimientos</p> <p>1.1. Empatía.</p> <p>1.2. Impresión.</p> <p>1.3. Asombro.</p> <p>1.4. Identificación.</p> <p>1.5. Sentimientos encontrados (conflicto)</p> <p>1.6. Nerviosismo.</p> <p>1.7. Angustia, tensión.</p> <p>1.8. Miedo.</p> <p>1.9. Inseguridad.</p> <p>1.10. Emoción.</p> <p>1.11. Alegría.</p> <p>1.12. Conflicto.</p> <p>- Relación teoría – práctica</p> <p>- Utilización del proceso de atención de enfermería.</p> <p>- Actividades técnico – científicas.</p> <p>- Realidad hospitalaria vs discurso educativo.</p> <p>1.13. Impotencia.</p> <p>1.14. Frustración.</p> <p>1.15. Enojo.</p> <p>1.16. Molestia.</p> <p>1.17. Satisfacción.</p> <p>1.18. Culpa.</p> <p>1.19. Inconformidad.</p>	<p>2.1 El desarrollo de habilidades</p> <p>2.1.1. Toma de decisiones.</p> <p>2.1.2. Sensibilidad para el cuidado.</p> <p>2.1.3. Situaciones de urgencia.</p> <p>2.1.4. Proceso de solución de problemas.</p> <p>2.1.5. La intuición.</p> <p>2.1.6. El trabajo en equipo.</p> <p>2.1.7. El concepto de riesgo</p> <p>2.1.8. Evaluación, enjuiciamiento.</p> <p>2.1.9. Verbalización a partir de la teoría.</p> <p>2.1.10. Recuperación teórica, memoria a largo plazo.....</p> <p>2.1.11. Las contrahabilidades: "bloqueo cognitivo" y "el sentirse afuera".</p> <p>2.2 Exigencias para el cuidado</p> <p>Institución</p> <p>2.2.1. Rapidez.</p> <p>2.2.2. Eficiencia.</p> <p>2.2.3. Conocimiento técnico y práctico.</p> <p>2.2.4. Preparación y control emocional.</p> <p>2.2.5. Conocimiento teórico.</p> <p>2.2.6. Seguridad.</p> <p>2.2.7. Limpieza.</p> <p>Paciente.</p> <p>2.2.8. Desesperación.</p> <p>2.2.9. Nerviosismo.</p>	<p>3.1 Actividades</p> <p>3.1.1. Apoyo y orientación al paciente.</p> <p>3.1.2. Carga de trabajo extenuante.</p> <p>3.1.3. Toma de decisiones.</p> <p>3.1.4. Situaciones emergentes. e inesperadas.</p> <p>3.1.5. Rol de "ayudante".</p> <p>3.1.6. Rol "cooperativo".</p> <p>3.1.7. El "hacer".</p> <p>3.2 Los valores</p> <p>3.2.1. Responsabilidad.</p> <p>3.2.2. Autonomía.</p> <p>3.2.3. El vínculo de lo técnico y la ética.</p> <p>3.2.4. Práctica conciente.</p> <p>3.3 Logros</p> <p>3.3.1. Respuesta exitosa ante las exigencias institucionales.</p> <p>3.3.2. Respuesta ante el paciente.</p> <p>3.3.3. Expectativas no cumplidas.</p> <p>3.3.4. El trabajo en equipo.</p> <p>3.4 Visión</p> <p>3.4.1. La religión.</p> <p>3.4.2. Utopía.</p> <p>3.4.3. La realidad.</p> <p>3.4.4. Los objetivos.</p> <p>3.5 El concepto de práctica</p> <p>3.5.1. La teoría sobre la práctica.</p> <p>3.5.2. Autoestima.</p> <p>3.5.3. La rutina.</p> <p>3.5.4. El "hacer".</p> <p>3.5.5. El sentirse "útil".</p> <p>3.5.6. El equipo de trabajo.</p>

Lista maestra de categorías operacionales. Día Extraordinario

IV El vínculo pedagógico	V La responsabilidad escolar ante la practica	VI La normatividad institucional
4.1. Docente – alumnos.	5.1. Ante situaciones nuevas y complejas.	6.1. La obediencia y la disciplina en el estudiante.
4.2. Enfermería – alumnos.	5.2. La expresión para la realimentación.	6.2. La rutina.
4.3. Alumno – alumno.	5.3. El concepto de practica, expectativas de la institución hospitalaria y de la escuela.	6.3. El uniforme.
4.4. Médico – alumnos.	5.4. El carácter de la formación escolar.	6.4. El objetivo escolar.
4.5. Pasante de enfermería – alumnos.		6.5. Reconocimiento ante el trabajo del estudiante.
		6.5.1. Material de trabajo.
		6.5.2. Potenciar su iniciativa.
		6.5.3. el trato digno.
		6.5.4. La actitud de ética de los recursos humanos de la institución.

Anexo 8. Cuadro analítico de ubicación de autores y conceptos.

AUTOR	CONCEPTO	UBICACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN
Pérez Gómez, A.I.	<p>Cultura experiencial</p> <p>"Es la peculiar configuración de significados y comportamientos que los estudiantes de forma particular elaboran, inducidos por su contexto, en su vida previa y paralela a la escuela mediante intercambios "espontáneos" con el medio familiar y social que rodea su existencia..."</p> <p>Es la plataforma cognitiva afectiva y comportamental sobre la que se asientan sus interpretaciones acerca de la realidad, sus proyectos de intervención en ella, sus hábitos sustantivos, sus comportamientos cotidianos... y sus decisiones. (p.199)</p>	<p>Esta perspectiva permite adentrarse al proceso general y los procesos particulares que experimenta el estudiante en su práctica clínica hospitalaria ya que a través de las diferentes situaciones por las que atraviesa, él conforma a partir de los elementos del contexto sus propios pensamientos, sentimientos y actuaciones.</p>
Pérez Gómez, A.I.	<p>Significados</p> <p>"Es un proceso de construcción que evoluciona y que tiene un carácter individual, en este proceso se identifican dos polos: uno subjetivo y uno social. Los dos se relacionan intimamente y forman una unidad en la construcción de significados grupales y colectivos. Los significados, los sentimientos y los comportamientos construyen la historia de cada sujeto desde el planteamiento de la cultura experiencial. Cada individuo construye sus esquemas de representación y actuación pero a partir de los esquemas de interpretación y de acción que están legitimados en su comunidad cultural. Cada individuo no parte de cero, de la nada, sino desde el acervo cultural de conocimientos y experiencias que ha ido acumulando y enriqueciendo.</p> <p>Por tanto las representaciones simbólicas individuales</p>	<p>El concepto garantiza el hecho de que la práctica clínica no es un espacio que produce un <u>solo</u> resultado sino que cada estudiante construye significados relacionados con conocimientos, con sentimientos y con conductas del escenario vital asignado, que son únicos e irrepetibles pero que además le permiten entender y connotar su experiencia práctica desde su biografía personal.</p> <p>A diferencia de partir de otro planteamiento en donde los significados diría Delval: los significados no se construyen sino que ya existen y en éste caso, el estudiante solo los tiene que interiorizar.</p> <p>En el proceso de la formación en la práctica clínica hospitalaria el estudiante pasa por situaciones que en ocasiones aprende por la observación e imitación, a veces se enfrenta a experiencias directas que le son</p>

AUTOR	CONCEPTO	UBICACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN
	<p>son construcciones y apropiaciones de representación simbólica colectiva, las construcciones no son mecánicas sino interiorizaciones particulares y peculiares de representación interindividuales y polisémicas por tanto los significados que se construyen establecen una relación ambigua y subjetiva con la realidad, pero no arbitraria."(p.208)</p>	<p>asignadas por el personal de salud o por el profesor y en otras ocasiones aprende a través de comunicaciones en donde él toma un papel protagónico. Todas estas situaciones van potenciando en el estudiante el que construya significados y el resultado de éstas experiencias así como la manera de haberlas enfrentado construyen su particular modo de sentir, conocer y actuar.</p> <p>Muchas veces el estudiante enfrenta su realidad a través de observación pasiva, con intervenciones activas en roles y tareas, contemplando conductas de los demás o bien imitando comportamientos.</p>
<p>Vigostky y Brunner cit. en Pérez Gómez A.I.</p>	<p>Interacciones Vigostky y Brunner como representantes del constructivismo sociocultural mencionan que son procesos activos "entre realidad y sujeto en la construcción de conocimientos, sentimientos y conductas"...(p.207)... y en donde la dimensión cultural proporciona pautas que delimitan las formas de interacción, sus contenidos y sus productos pero también tienen una dimensión individual producto de su experiencia...</p>	<p>La naturaleza de la formación de Licenciados en Enfermería y en concreto en el ámbito de la práctica clínica hace necesario reconocer al concepto de interacción no centrado como un proceso mental interior sino que detalle el proceso y actividad del estudiante dentro del escenario de la práctica donde se producen las múltiples y complejas interacciones.</p> <p>Apoyar desde el concepto de interacción el análisis de sus procesos en cuanto que implican la participación activa del estudiante, personal de salud, paciente y maestros dentro del contexto concreto en que se produce(Barbara Rogoff).</p>
<p>Pérez Gómez, A.I.</p>	<p>"Las interacciones son procesos que favorecen la formación de significados y la propia capacidad de construir y aprender."(p.213).</p>	
<p>Pérez Gómez, A.I.</p>	<p>Así por ejemplo "la incertidumbre que provoca la ignorancia de los resultados de las acciones e interacciones dentro de la complejidad de la vida social se palia o aminora cuando el individuo consolida guiones o esquemas simplificados que le hacen comprensible su</p>	

AUTOR	CONCEPTO	UBICACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN
<p>Bertha Orozco Fuentes</p>	<p>realidad y sus posibilidades de actuación".(p.221)</p> <p>Formación</p> <p>Formación de sujetos no sólo ejecutantes, sino que pueden situarse en la compleja realidad social de un mundo marcado por enormes asimetrías sociales; una formación que no suprime sus rasgos sociales y su subjetividad sino que parte de ellos para construir realidades para negociar proyectos y empeñarse en ellos.</p> <p>La formación es la creación de momentos y estructuras curriculares a través de saberes que permitan comprender el juego de asimetrías para construir interrogantes y problemas en donde se ubiquen las condiciones existentes y después crear los espacios para las prácticas curriculares. La formación de sujetos sociales en la idea de praxis, pensantes y analíticos no sólo consumidores de información y determinados por el lenguaje performativo.</p>	<p>Las condiciones y situaciones que presenta la realidad de la práctica clínica trasciende todo contenido curricular de tipo informativo, son experiencias, la mayoría, no programadas que exigen eficiencia pero que la institución escolar promueve el ir más allá. Plantea la formación en tres dimensiones: la adquisición de elementos técnico-instrumentales propios de la disciplina, a la potenciación de los procesos de razonamiento y finalmente enfatizar en los elementos actitudinales y axiológicos. Lo anterior sería apoyado con una estructura curricular que responda a criterios para favorecer "el desarrollo de saberes profesionales que les posibilite, ser reflexivos, pensar información, tomar decisiones, plantearse y resolver problemas y trabajar en equipo" (Plan Curricular de la Carrera de Licenciatura en Enfermería. Junio de 1999 p.39)</p>
<p>Durkheim</p> <p>Talcott Parsons</p> <p>Berger y Luckmann</p>	<p>Institución</p> <p>Conjunto de normas que regulan el sistema social.(en Luckmann. 1996, p.118)</p> <p>Las instituciones estipulan modelos orientativos para la acción social.(en Luckmann.1996, p.118)</p> <p>Retoman la teoría de las instituciones y dicen que éstas "organizan la solución de problemas humanos fundamentales y gobiernan las partes de la acción social y dispone para ello de mecanismos de ejecución y en ciertas circunstancias de un aparato coercitivo. Las</p>	<p>Es posible que la realidad de las instituciones se muestre en función de las cuatro posiciones teóricas en torno al concepto de institución; pero lo expresado en el concepto de Lourau, trasciende una postura estática de lo que finalmente Monnerot plantea al mencionar que las instituciones son objetos imaginarios.</p> <p>Al final de cuentas tomar un concepto que integre a los seres humanos como motores de la existencia de las instituciones, es una postura que reconoce que existen elementos dados como la normatividad y los procesos técnicos, por ejemplo, pero que también son</p>

AUTOR	CONCEPTO	UBICACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN
<p>Lourau</p>	<p>instituciones liberan al individuo al proporcionar un patrón de soluciones más o menos evidentes para los problemas de conducción de vida, garantizando y conservando la permanencia del orden social.”(p.119)</p> <p>En un avance por definir a las instituciones dice que se encuentra lo instituido como una parte que corresponde a lo establecido mientras que lo instituyente corresponde al margen protagónico y de propuesta que tienen las personas dentro de las instituciones es decir tomando en cuenta lo instituido.(p.137)</p>	<p>susceptibles de ir reconstruyéndose de diferente manera. Por otra parte en las instituciones siempre habrá elementos de la realidad que sean pensados por los sujetos de manera diferente a como han sido instituidos.</p> <p>Los estudiantes, por ejemplo, por su edad de formación, por su frescura y sensibilidad humana cuando se integran a los procesos institucionales de su práctica clínica, piensan, hacen y tienen actitudes que evidencian la contradicción entre lo que es y debería de ser, por ejemplo: el cuidado enfermero.</p> <p>Pensar en la institución como un ente al que le dan vida los sujetos, es rescatar la dimensión humana de la misma, por lo que la escuela formadora de recursos humanos no puede dejar de tomar en cuenta ya que están en juego los ideales en cuanto a conocimientos y al ejercicio y desarrollo de valores éticos y morales en la forma de pensar y organizar la enseñanza de la práctica clínica.</p>
<p>Pérez Gómez, A.I.</p>	<p>Sentimientos Desde la cultura experiencial, el componente relacionado con la afectividad constituye el "motor original de los movimientos individuales, son los factores más importantes que intervienen en la construcción de significados."(p.212) Así los sentimientos como parte de este componente surgen de la experiencia directa con la realidad. La teoría psicoanalítica menciona que el conocimiento es el elemento orientador de la conducta y la afectividad es el motor de la misma que connota inevitablemente toda</p>	<p>Para que la práctica clínica de los estudiantes se lleve a cabo, es necesario reconocer a las interacciones como su base y éstas impregnadas por los seres humanos que la ejercen con una fuerte e inminente carga de sentimientos. Los estudiantes se ven implicados en la práctica no sólo para cumplir con actividades técnico-procedimentales sino que la misma dinámica los lleva a una práctica que potencia su aprendizaje hacia la técnica, la acción productiva y su valoración a lo que se debe hacer.</p> <p>La relación humana con todos los que participan en el</p>

AUTOR	CONCEPTO	UBICACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN
Heller, Agnes	<p>experiencia cognitiva o comportamiento del individuo humano. (p.212)</p> <p>En su concepto sobre sentimientos hace un análisis de la relación entre sentimientos, pensamientos y moralidad en un todo unificado que es el hombre y menciona que la sociedad actual y el pensamiento determinado por ella, producen y fijan sentimientos que perpetúan y reproducen la alineación de los sentimientos.</p> <p>Sentir significa estar implicado en algo. El sentimiento nos guía en la preservación y extensión de nuestro organismo social (nuestro ego). Lo que somos es la expresión de nuestros sentimientos. Sentir es inherente de la acción y pensamiento y no un mero acompañamiento. El sentimiento cumple una función homeostática con el conocimiento, es así que: a) la implicación selecciona todas las percepciones y la primera esta dada por la intencionalidad del ego; b) un acto de inteligencia no puede existir empíricamente sin implicación; c) el sentimiento es básico en el proceso de almacenamiento de la memoria. Cuando evocamos recuerdos agradables y desagradables al mismo tiempo evocamos sentimientos también positivos y negativos de esos recuerdos.</p> <p>El sentimiento nos dice sobre la significación para nosotros del problema; nos habla sobre la importancia para nosotros del objeto, conocimiento o persona. Todo sentimiento es expresión, pero toda expresión es al mismo tiempo información.</p> <p>La expresión del sentimiento es siempre un signo que comporta algún significado y es la fuente principal de</p>	<p>momento de su práctica conlleva sentimientos y éstos le dan una valoración a la misma.</p> <p>En repetidas ocasiones cuando el estudiante ha hablado de su práctica lo que sobresale son los sentimientos como forma de significar lo que para él fue importante y trascendente. Tal fue el caso de su expresión en los relatos analizados en la presente investigación.</p> <p>Al mismo tiempo, se observa al expresar los sentimientos, que éstos se relacionan, impulsan o dificultan su comportamiento en la práctica. Al respecto Pérez Gómez nos ayuda a entender estos planteamientos de la cultura experiencial.</p> <p>Por otra parte y a manera de comportamiento Agnes Heller nos induce a pensar –desde su planteamiento– que los estudiantes se implican, es decir sienten de manera diferente de acuerdo a cada experiencia y aun cuando existan pensamientos y sentimientos que la sociedad determina.</p> <p>Se observa en los estudiantes acciones y pensamientos que están movidos por los sentimientos. De hecho al elaborar los relatos extraordinarios de su práctica clínica, su decisión de qué evento describir, fue determinada por la experiencia (positiva o negativa) y por los sentimientos que se dieron alrededor de esa experiencia.</p> <p>Por otra parte, la naturaleza del cuidado enfermero, siempre va a implicar relación, interacción y</p>

AUTOR	CONCEPTO	UBICACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN
	<p>información para conocer a otra persona como ámbito y sociedad. Si el sentimiento es implicación se dice que es positiva y directa cuando "el problema me excita, me interesa y en cierto estadio lo penetra el sentimiento" .. la autora habla de implicación positiva e indirecta: si resuelvo el problema recibiré un premio. La implicación negativa y directa: todo esto me asquea , no me interesa, no lo voy a sacar nunca... la implicación negativa e indirecta: temo que me riñan si no resuelvo el problema, me echarán del trabajo.(p.15-78)</p>	<p>comunicación con el otro (pacientes) y la aportación de Agnes Heller es que en lo anterior se producen sentimientos y pensamientos guiados por la moralidad, sino existieran algunos de los tres en un todo unificado, entonces el hombre tampoco existiría.</p>
<p>Pérez Gómez, A.I</p>	<p>Cultura "Conjunto de significados y expectativas y comportamientos compartidos por un determinado grupo social que facilitan y ordenan, limitan y potencian, los intercambios sociales, las producciones simbólicas y materiales y las relaciones individuales y colectivas dentro de un marco espacial y temporal determinado. Es el resultado de la construcción social, contingente a las condiciones materiales, sociales y espirituales que dominan un espacio y un tiempo. Se expresa en significados, valores y sentimientos que rodean la vida individual y colectiva de la comunidad."</p>	<p>A través de los diferentes intercambios de los estudiantes con las enfermeras, médicos, pacientes y profesores en el espacio de la práctica clínica se interponen tantas culturas como sujetos existen, además de la cultura de la institución hospitalaria que atraviesa desde su funcionamiento cotidiano la formación de enfermeras. En el proceso de planeación institucional se intercambian y se hacen coincidir objetivos de aprendizaje entre la escuela y la institución de salud (plano formal) pero en otro plano, que es el de la vida cotidiana, emergen redes de significado que hacen de este momento el más importante y activo en la construcción de significados y en la formación de la identidad.</p>
<p>Brunner.</p>	<p>"Como consecuencia de su carácter contingente, parcial y provisional, la cultura no es un algoritmo matemático que se cumple indefectiblemente, ha de considerarse siempre como un texto ambiguo, que es necesario interpretar indefinidamente".(en Pérez Gómez p.16-17)</p>	<p>El concepto de cultura y cultura institucional permite, observar precisamente los énfasis que a través de la sensibilidad y subjetividad de los estudiantes describen y analizan e identificar la fuerza y la decisiva función como parte del curriculum oculto se</p>
<p>Pérez Gómez, A.I</p>	<p>Cultura institucional Los aportes sobre el concepto de cultura antes mencionados y agrega que la cultura institucional nos</p>	

AUTOR	CONCEPTO	UBICACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN
Hannah Arendt en cit. Langford, Glenn	<p>habla de las precisiones concretas que se encuentran presentes en los roles, normas, rutinas y ritos propios de la institución. (p.17)</p> <p>Práctica</p> <p>Es la actividad en cualquier condición humana vinculada al sentido y gran potencial de transformación cuya base son las interacciones a través del ejercicio individual y colectivo de la phronesis (acciones que expresan lo que debe hacerse) que guie a la práctica profesional, defina su límites y visualice la potencialidad de rebasarlos y/o reconstruirlos. (p.69-71)</p> <p>Los griegos ejemplificados por Aristóteles cuando se referían a la actividad humana le llamaban poiesis o poietiké referida a toda acción productiva.</p>	<p>tiene en la formación de los estudiantes en el ámbito de la práctica clínica.</p> <p>La práctica clínica de los estudiantes si bien es una práctica programada con objetivos y actividades delimitadas que atiende a un plano individual también depende de un plano colectivo. Más bien la práctica clínica de las alumnas es inscrita y supeditada en gran parte en la práctica social profesional del personal de enfermería en la institución en donde son asignadas. Por tanto el concepto de Hannah Arendt sobre el significado de práctica, permite en el presente estudio, ver a la práctica más que a la suma de actividades, más que a la repetición de procedimientos y a la obtención de habilidades, sin menospreciarlas y tomarlas en cuenta, el estudio de y en la práctica: identifica al ser humano protagonista de la práctica y no solo de la estudiante sino de todos los que interactúan en el cuidado de la salud. Los sentimientos, los contenidos de comunicación, las actuaciones, los conocimientos y la toma de decisiones, todo en conjunto hace ver a la práctica como proceso social, en construcción y conformadora de identidad. Por otra parte la práctica clínica se convierte en una ocasión para aprender por los estudiantes y que en su plano individual interior, favorece la comprensión y la valoración de ellos mismos, así como la reformulación del sentido y esencia de la práctica social como futuro profesional de la enfermería.</p>