

# EL PRÁCTICUM: EJE FORMADOR DE LA PRÁCTICA REFLEXIVA EN ENFERMERÍA

Luz Nelly Rivera Álvarez\*  
José Luis Medina Moya\*\*

Recibido en agosto 7 de 2016, aceptado en marzo 29 de 2017

---

## Citar este artículo así:

Rivera LN, Medina JL. El prácticum: eje formador de la práctica reflexiva en enfermería. *Hacia promoc. salud.* 2017; 22(1): 70-83. DOI: 10.17151/hpsal.2017.22.1.6

---


## Resumen


**Objetivo:** Caracterizar el papel que juegan las pedagogías de contextualización en la tutoría clínica y describir algunas estrategias didácticas que favorecen la práctica reflexiva del estudiante de enfermería en su prácticum. **Materiales y métodos:** Investigación cualitativa, etnográfica, desarrollada en el marco de las asignaturas prácticum hospitalario II y estancias clínicas II durante la formación de once estudiantes de enfermería en un Hospital Universitario de Barcelona (España) entre el 2011 y 2012. Los datos fueron recolectados por medio de observación participante y no participante, conversación informal, entrevista en profundidad y materiales escritos. Para el análisis se empleó el método de comparaciones constantes de Glaser y Strauss. **Resultados:** Emergieron ejes cualitativos como las pedagogías de contextualización y estrategias didácticas que favorecen el desarrollo del raciocinio y juicio clínico y la planificación de los cuidados de enfermería en la práctica hospitalaria, allí se hacen evidentes algunas estrategias de educación didácticas como el diálogo reflexivo y la interrogación didáctica, con las que las estudiantes verbalizan las razones de sus acciones, evitando así acciones mecánicas. **Conclusión:** las pedagogías de contextualización empleadas por las enfermeras favorecen el desarrollo del razonamiento y juicio clínico, llevando a las estudiantes a desarrollar un sentido de saliencia.

## Palabras clave

Investigación en educación de enfermería, estudiantes de enfermería, enseñanza, competencia clínica, investigación cualitativa (*fuentes: DeCS, BIREME*).

---

\* Enfermera. Doctora en Educación y Sociedad. Profesora asociada. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería - Grupo de investigación Salud y Cuidado de los Colectivos. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: lnriveraa@unal.edu.co.  orcid.org/0000-0001-8750-1155

\*\* Enfermero. Pedagogo. Doctor en Ciencias de la Educación. Profesor titular. Universidad de Barcelona, Facultad de Pedagogía. Barcelona, España. Correo electrónico: jlmedina@ub.edu.  orcid.org/0000 0002 9487 9065



## PRACTICUM: AXIS TRAINER OF REFLECTIVE PRACTICE IN NURSING

### Abstract

**Objective:** To characterize the role of contextualization pedagogies in clinical training and describe some teaching strategies that promote reflective practice nursing student in their practice. **Materials and Methods:** Qualitative research, ethnographic, developed in the framework of the Practicum II hospital stays II clinical course and clinical training of eleven nursing students in a Hospital of Barcelona (Spain) between 2011 and 2012. The data were collected through participant observation and non-participant, informal discussion, in-depth interview and written materials. For the analysis, the method of constant comparisons of Glaser and Strauss was used. **Results:** Emerged qualitative axes as pedagogies of contextualization and teaching strategies that promote the development of reasoning and clinical judgment and planning nursing care in the practice of clinical mentoring, there are some teaching strategies as reflective dialogue are evident and didactic question, with which the students verbalize the reasons for their actions, avoiding mechanical actions. **Conclusion:** Contextualization pedagogies employed by clinical nurses favor the development of clinical reasoning and judgment, leading the student to develop a sense of saliency.

### Key words

Research in nursing education, nursing students, teaching, clinical competence, qualitative research (source: MeSH, NLM).

## O PRÁTICUM: EIXO FORMADOR DA PRÁTICA REFLEXIVA EM ENFERMAGEM

### Resumo

**Objetivo:** Caracterizar o papel que jogam as pedagogias de contextualização na tutoria clínica e descrever algumas estratégias didáticas que favorecem a prática reflexiva do estudante de enfermagem em sua practicum. **Materiais e métodos:** pesquisa qualitativa, etnográfica, desenvolvida no marco das disciplinas practicum hospitalaria II e estâncias clínicas II durante a formação de onze estudantes de enfermagem em um Hospital Universitário de Barcelona (Espanha) entre o 2011 e 2012. Os dados foram coletados por meio de observação participante e não participante conversação informal, entrevista em profundidade e materiais escritos. Para o analise se emprego o método de comparações constantes de Glaser e Strauss. **Resultados:** Emergiram eixos qualitativos como as pedagogias de contextualização e estratégias didáticas que favorecem o desenvolvimento do raciocínio e juízo clínico e a planificação dos cuidados de enfermagem na prática hospitalaria ali se fazem evidentes algumas estratégias de educação didáticas como o diálogo reflexivo e a interrogação didática, com as que as estudantes verbalizam as razões de suas ações, evitando assim ações mecânicas. **Conclusão:** as pedagogias de contextualização empregadas pelas enfermeiras favorecem o desenvolvimento do raciocínio e juízo clínico, levando às estudantes a desenvolver um sentido de saliência.

### Palavras chave

Pesquisa em educação de enfermagem; estudantes de enfermagem; ensino; competência clínica; pesquisa qualitativa (fonte: DeCS, BIREME).

## INTRODUCCIÓN

Una de las principales reformas por las que atraviesa la enfermería en España es la adaptación de sus estudios al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) mediante un programa de cuatro años (graduado) en el que la formación práctico-clínica adquiere una especial relevancia (43% del total del programa) (1).

Esta revitalización de la formación clínico-práctica se basa en el amplio consenso existente entre la comunidad académica sobre la naturaleza práctica del conocimiento que las enfermeras profesionales utilizan para identificar y resolver los problemas de su actividad(2-5), hecho que ha supuesto una transformación muy profunda en la conceptualización teórica de su formación inicial y permanente (6-8).

Diversos autores (3-7) afirman que el prácticum es el hilo conductor en torno al cual se estructura todo el currículo de enfermería. Es así como Schön (7) explica el prácticum es un mundo colectivo, con su propia mezcla de materiales, instrumentos, lenguajes y valoraciones, en éste influye la forma particular de ver, pensar y hacer que profesoras de enfermería y enfermeras tienen acerca del mismo. Combina el *aprender haciendo* (9) de las estudiantes a través de la exposición y la inmersión, las conversaciones y trabajo colaborativo con las enfermeras tutoras y compañeras, la adquisición de un arte cuasi autónomo de la práctica clínica y el vínculo transaccional entre la enseñanza del aula y los aprendizajes experienciales de la práctica (10).

El prácticum supone una visión dialéctica de la relación entre los conocimientos enseñados en el aula y los conocimientos de la práctica (6, 10). Es así que, la relación entre teoría y práctica, o conocimiento teórico y práctico, es transaccional más que aplicacional; es decir, que es en el área práctica donde las estudiantes entran en diálogo con las teorías que ellos aprendieron en el aula, es a través de la práctica que las teorías son refinadas,

elaboradas y cambiadas (10). Otros autores (6-7), conciben el prácticum más como proceso de investigación que de aplicación, que contribuye a la adquisición de esquemas de interpretación holísticos más que esquemas analíticos.

Para estos autores el conocimiento del aula sólo puede resultar significativo, relevante y útil para las alumnas *desde* y *a través* de los problemas inestables, inciertos y ambiguos que aparecen en las situaciones con las que trata la enfermera y no al revés. De manera que en el prácticum, las estudiantes aprenden formas de indagación que las enfermeras usan cuando se hallan inmersas en estas situaciones y aprenden de los conocimientos que estas *construyen* a través del afrontamiento de las mismas. Pero además aprenden, a través de la adopción de una actitud de *atención operativa* y de reflexión en la acción, a desarrollar nuevas reglas y métodos propios, a progresar desde la imitación del otro a la de sí mismo (imitación reflexiva) (7), a reelaborar continuamente interpretaciones y a dar sentido a su propia práctica de cuidado.

Numerosos investigadores del tema (3-11) coinciden en afirmar que el conocimiento práctico de las profesionales de enfermería, sólo puede ser adquirido a través de la experiencia clínica. Es un conocimiento que no puede ser enseñado, solamente demostrado, debido a su carácter personal, subjetivo y contextual. Es así que el objetivo de este trabajo es caracterizar el papel que tienen las pedagogías de contextualización en la práctica de tutoría clínica y describir algunas estrategias didácticas que favorecen la práctica reflexiva y el desarrollo del razonamiento clínico de la estudiante de enfermería en su práctica.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Investigación cualitativa, interpretativa (12), con una perspectiva metodológica etnográfica (13), la cual buscó dar respuesta a los siguientes interrogantes: ¿Qué papel juega la pedagogía de contextualización en la formación de la práctica

reflexiva y el razonamiento clínico del estudiante? ¿Cómo se construye la práctica reflexiva y el razonamiento clínico del y de la estudiante en su práctica clínica?

Para la selección de las participantes del estudio se empleó la selección simple basada en criterios (14), la cual exige determinar por adelantado el conjunto de atributos que deben poseer los/as participantes y las situaciones o fenómenos a estudiar. Debido a que el lugar idóneo para observar las prácticas clínicas del y de la estudiante de enfermería es el propio contexto hospitalario, es en dicho lugar donde se realizó la investigación. Por tanto, los criterios para la selección de los escenarios y participantes del estudio fueron los siguientes: escuela de enfermería e institución hospitalaria que otorguen aval; grupo de estudiantes inscritos a una asignatura de componente práctico en dicha escuela, que realicen sus prácticas clínicas en el hospital; y profesoras y enfermeras/os tutores de los estudiantes participantes del estudio y que accedan a participar de manera voluntaria en este.

En el estudio participaron voluntariamente once estudiantes de tercer año de una Facultad de Enfermería de Barcelona (España) que realizaban sus prácticas clínicas en un hospital universitario de Barcelona; una profesora asociada y seis tutoras clínicas. En este contexto la profesora asociada tiene a su cargo la supervisión de un grupo de seis a ocho estudiantes, y cada tutora clínica tiene bajo su responsabilidad la formación práctica de una estudiante de enfermería en su práctica asistencial. Se desarrolló con dos grupos de estudiantes y en dos fases. La primera fase comprendió la observación a un grupo de cinco estudiantes de la asignatura Práctica Hospitalaria II durante el período de febrero a junio de 2011. La segunda fase comprendió la observación a un grupo de seis estudiantes de la asignatura Estancias clínicas II durante el período de octubre de 2011 a febrero de 2012.

Las técnicas de recogida de la información fueron la observación participante y no participante,

la conversación informal, la entrevista en profundidad y el análisis de documentos (diarios reflexivos de los estudiantes, plan curricular de la asignatura, entre otros) (15).

**Observación:** De acuerdo con la perspectiva teórica del estudio, uno de los criterios metodológicos fue la participación intensiva y a largo plazo en el ambiente hospitalario con enfermeras y estudiantes de enfermería, de ahí que la observación fue una de las principales estrategias de recogida de datos. Dentro de los tipos de observación a los cuales se hace referencia generalmente en la literatura, se encuentran la observación participante y la no participante. En el primer caso, el investigador asume el rol de observador participante al vivir como un individuo más en el grupo durante el tiempo de observación; en el segundo, asume el rol de observador no participante, no implicándose por completo, ni actuando como nativo, pero interactuando con los informantes (15).

La **observación no participante** se realizó en los seminarios de la asignatura, desarrollados en un aula de la escuela de enfermería. A través de ella fue posible percibir de manera directa la acción pedagógica entre estudiantes y profesora en un contexto particular. En esta observación como investigadores se asumió el rol de observación total, con el objeto de no distorsionar la dinámica del aula. Cabe aclarar que en todo momento estudiantes y profesora tenían conocimiento del estudio y de la importancia de la observación y el registro de notas.

Esta observación se realizó en dos grupos de estudiantes de las asignaturas Práctica Hospitalaria II y Estancias Clínicas II. En el primero se realizaron diez observaciones en el aula y en el segundo 12, cada sesión tuvo una duración de dos horas, para un total de 44 horas de observación registradas y grabadas en video en su mayoría. La grabación en video cumplió con el objetivo de la permanencia del registro (16). Así, en varias ocasiones se pudo consultar los acontecimientos,

complementar las notas de observación, tener la oportunidad de profundizar en aspectos de la interacción pedagógica y de deliberar antes de hacer interpretaciones. En todo momento, se garantizó a los participantes la confidencialidad.

La **observación participante** se desarrolló en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería del segundo grupo hasta que se alcanzó la saturación teórica de la información (17), es decir, cuando no se percibía nada nuevo en las observaciones e informaciones de los participantes. Estas prácticas tenían una intensidad horaria diaria de 7 horas, de martes a viernes de 14 h a 21 h. La observación se realizó en tres plantas de hospitalización en un hospital universitario de tercer nivel. La duración de cada observación osciló de 1 a 5 horas por estudiante y unidad, para un total de 95 horas de observación participante.

**Conversación informal:** Las conversaciones informales fueron realizadas de manera inmediata a la experiencia clínica de la estudiante, con ellas se buscó indagar en las sensaciones, percepciones e interpretaciones de dicha experiencia. Estas conversaciones proporcionaron pistas orientadoras para conducir las siguientes observaciones y las entrevistas semiestructuradas en profundidad (18). Así pues, con estas conversaciones informales se buscaba movilizar a la estudiante para que reflexionara sobre aquellas situaciones clínicas detonantes que había experimentado, y profundizar en los significados que había elaborado alrededor de éstas y el efecto que la situación o experiencia había tenido en su formación clínica. Estas conversaciones tuvieron una duración aproximada de 30 a 45 minutos, fueron grabadas en cinta magnetofónica, transcritas y enviadas a las estudiantes para su validación. En total se realizó diez entrevistas conversacionales de este tipo: dos entrevistas conversacionales a la profesora supervisora de prácticas; seis entrevistas conversacionales, una para cada estudiante; y dos entrevistas conversacionales adicionales a dos de las estudiantes. Como se mencionó, dichas

conversaciones fueron realizadas a lo largo de las observaciones de la práctica clínica, y adoptaron un carácter emergente y flexible acorde a las situaciones clínicas observadas.

**Entrevistas en profundidad:** Las entrevistas en profundidad fueron realizadas con el primer grupo de estudiantes al finalizar la asignatura Práctica Hospitalaria II. En total se realizaron siete, una a la profesora y cinco a las estudiantes, una a cada uno/a, y adicionalmente se realizó una segunda a una de las estudiantes. Con el segundo grupo se realizaron al finalizar la práctica clínica en la asignatura Estancias Clínicas II. En este caso se realizaron en total siete, seis a los estudiantes, una a cada uno, y una a un enfermero tutor, considerado éste como un *informante clave*. Entre los dos grupos sumaron 14 entrevistas en total.

Con las entrevistas se pretendió analizar y comprender los significados que las estudiantes y el enfermero tutor atribuían a las acciones clínicas y situaciones pedagógicas observadas (18). Fue también el momento idóneo para solicitar aclaraciones y matizaciones respecto a alguna de las interpretaciones que habían emergido en las conversaciones informales que previamente se habían mantenido con las estudiantes.

Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas literalmente. La duración media de cada una fue de aproximadamente dos horas. Las transcripciones literales fueron devueltas a los participantes del estudio para su revisión y validación, cuyas notas se focalizaron en cuestión de estilo y no de contenido.

**Materiales escritos:** Otra fuente de recogida de datos la constituyeron los materiales escritos, por ejemplo los diarios reflexivos que las estudiantes llevaban en su práctica clínica. El objetivo de éstos era motivar al estudiante a reflexionar sobre aspectos y situaciones vividas en su práctica clínica en relación con la unidad de hospitalización, la relación con el personal de enfermería y en



concreto con enfermero/a tutor/a, la relación con el paciente, con procedimientos o conocimientos clínicos y sobre su aprendizaje clínico. Los diarios reflexivos analizados correspondieron tanto a los diarios de las estudiantes del primer grupo como del segundo grupo.

Otro material escrito fueron los planes de cuidado (PAE) que realizaban las estudiantes, que fueron solicitados de manera puntual para aclarar algún aspecto de la presentación de las situaciones clínicas. También se consideraron los documentos oficiales: plan curricular del grado, plan docente de la asignatura y de normativa institucional hospitalaria.

Finalmente, otra fuente de materiales escritos fueron los diarios de campo, a saber: el diario metodológico, de campo, personal, el cuaderno de materiales teóricos (CMT) (18) y el diario de registro de impresiones pos entrevistas. Los diarios fueron organizados cronológicamente, sus páginas enumeradas y contaban con una columna a la izquierda para resaltar aquellas notas y reflexiones más relevantes.

Por otra parte, se aplicaron los criterios de rigor metodológico de la *credibilidad* (paralelo a la validez interna en la investigación de corte positivista), la *transferibilidad* (paralelo a la aplicabilidad o validez externa) y *confirmabilidad* (paralelo a la objetividad) (19).

Para asegurar la credibilidad de los datos, se tuvo estancia prolongada en el campo, observación persistente, triangulación (de métodos, de participantes e investigador/a, con expertos), corroboración estructural y adecuación referencial. En cuanto a la transferibilidad, esta se alcanzó con descripciones densas y minuciosas de los fenómenos observados y con muestreos teóricos. En lo que se refiere al muestreo teórico cabe señalar que a medida que avanzaba la recogida de datos se focalizó la atención en aquellos participantes *clave* (estudiantes, enfermero y profesora) y

situaciones pedagógicas *relevantes* que ofrecían la información más pertinente para los interrogantes orientadores.

La confirmabilidad estuvo dada por la transparencia del análisis de los datos. En el presente estudio se realizaron de manera permanente memos metodológicos (en el programa Atlas.ti versión 6) —relacionados con el proceso de codificación, el desarrollo del trabajo de campo, los interrogantes orientadores, las entrevistas en profundidad, entre otros—, que tenían como objetivo recoger las reflexiones, replanteamientos e interpretaciones emergentes durante el trabajo del campo y las estrategias y decisiones adoptadas en la etapa de análisis *intenso*. Este registro de memos metodológicos constituye una fuente de auditoría que permite la comprobación externa de otros investigadores a modo de pistas de revisión, junto con la transcripción en su totalidad de conversaciones, entrevistas y observaciones.

Para el análisis de datos, se organizó la información en el programa Atlas.ti versión 6, el cual se utilizó de manera exclusiva para los procesos de almacenamiento, codificación, recuperación y reagrupación de los datos. Para el análisis de la información se siguieron los tres momentos del método de comparaciones constantes de Strauss y Corbin (17), debido a que éste permite el desarrollo de conceptualizaciones de forma inductiva y la generación de conclusiones y resultados de manera sistemática, consistente, plausible y cercana a los datos.

En el proceso seguido para el análisis de la información recogida se distinguen dos niveles de análisis diferentes. El primero de ellos revela el análisis simultáneo a la recogida de la información; el segundo corresponde al análisis *intenso* (17) de la información con sus momentos correspondientes: la codificación abierta (segmentación y codificación de unidades de significado) donde se identifican las categorías, la codificación axial (identificación de los temas principales o núcleos

temáticos emergentes) acercándonos a un nivel más conceptual y, por último, la codificación selectiva (integración e interpretación de los resultados en ejes cualitativos centrales que atraviesan el corpus de datos). Estos momentos del análisis no fueron momentos diferenciados del proceso analítico sino más bien diferentes operaciones sobre el corpus de datos que constituyeron un solo proceso recurrente, inductivo-deductivo, dialéctico y creativo.

Con respecto a los **aspectos éticos** de la investigación, este estudio fue revisado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario y aprobado el 9 de junio de 2011 (Acta 11/11) con el No. PR144/11. Se apeló a los principios éticos contemplados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (20), y la Ley orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal –LOPD en su Título III (21). Se contó con el consentimiento informado y por escrito de las personas participantes, y sus nombres fueron sustituidos por nombres ficticios.

El sistema de notación para identificar la procedencia de las unidades de significado (evidencias) es el siguiente: observación planta X, entrevista enfermero, entrevista estudiante.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A partir del método de las comparaciones constantes se han identificado los siguientes núcleos temáticos o meta categorías del estudio: “pedagogías de contextualización y de razonamiento clínico” y “estrategias didáctico–reflexivas”. El primer núcleo temático hace referencia al proceso de construcción o de elaboración del razonamiento, juicio clínico y sentido de saliencia del estudiante, donde se pone en marcha la valoración y exploración física, el análisis y organización de los datos, la integración, interrelación e interiorización de conceptos teórico-prácticos que ha elaborado el estudiante y la planificación y seguimiento de actividades de cuidado de enfermería, acordes a la situación clínica en curso.

El segundo núcleo temático hace referencia a todas aquellas estrategias/recursos didácticos y reflexivos que emplea la profesora asociada o tutor de enfermería para guiar al estudiante en la indagación y reflexión sobre la situación clínica, y en la interrelación de conceptos teórico-prácticos. Pertenecen a estos núcleos temáticos, categorías como: razonamiento y juicio clínico, saliencia, práctica reflexiva, contextualización, decir y escuchar, demostrar, diálogo reflexivo, interrogación didáctica, transferencia de la experiencia y retroalimentación.

### **Pedagogías de contextualización y de razonamiento clínico**

El uso de pedagogías de contextualización en momentos como, por ejemplo, la entrega y recibo de turno, donde hay un intercambio de información relevante sobre la evolución clínica de las personas hospitalizadas, favorece en la estudiante procesos de pensamiento reflexivo como la atención operativa, la curiosidad epistemológica, la consciencia situada de las necesidades del otro (22) la imaginación clínica (3, 22), la integración e interrelación de la información relevante de la condición clínica del paciente, la elaboración de razonamientos y juicios clínicos y la planificación de cuidados (22-24).

En una de las observaciones durante la entrega y recibo de turno, el enfermero expone a la estudiante la situación clínica de un paciente que ha ingresado en la unidad de cirugía gástrica esa mañana y, por lo tanto, es nueva para ella. El enfermero centra su atención en los principales problemas o complicaciones potenciales de aquel hombre debido a su cuadro clínico, como es la demanda de administración de opioides, la vigilancia del drenaje de la sonda nasogástrica, la movilización y eliminación, el establecimiento de una relación terapéutica con el paciente y la familia para la adecuada negociación sobre la administración de opioides y el acompañamiento emocional que exige su cuidado y su familia, tal como se presenta a continuación:

“El enfermero le señala que es un paciente que demanda bastante atención de enfermería, le enfatiza la importancia de la comunicación con este paciente para negociar con él y con su familia la administración de medicamentos opioides —morfina y Fentanyl®—, y la importancia de gestionar —negociar— lo anterior con la familia” (Observación Planta A).

Tal como lo señalan algunos autores (3, 25), las pedagogías de contextualización, orientadas hacia el desarrollo del razonamiento clínico del estudiante, asumen un carácter holístico (multidimensional) que lo acercan a atender la situación clínica de manera situada, reconociendo sus características y su singularidad e individualizando la necesidad o demanda del otro, por tanto, estas pedagogías favorecen en la estudiante desarrollar conocimientos prácticos y páticos (26), como por ejemplo, el *ir con cuidado a la situación de cada uno* (estudiante), y por ende, a un hacer prudente, ético, sensible y razonado.

Para la estudiante “ir con cuidado” a la situación de la persona hospitalizada, es un conocimiento práctico que interioriza y obtiene de cada encuentro con él o ella y se manifiesta en una observación cuidadosa, sistemática y empática y un hacer prudente, presente y atento, que implica un *estar con* y *hacer con*, centrado en el bienestar tanto de la persona hospitalizada como de sí mismo/a. Un “ir con cuidado” que se caracteriza además por ser un conocimiento ‘pático’, es decir, un conocimiento sensible que depende de la presencia personal, de la percepción relacional, de sentir el sentir del otro/a y de *saber distinguir cada situación*.

Este *aprender a/saber distinguir y responder en cada situación* por lo relevante y pertinente, implica actuar de manera deliberada, que en la línea de la tradición aristotélica se conoce por *phronesis*, y actuar con *consciencia o tacto* delante de la situación para distinguir activamente lo que es apropiado de lo que es inapropiado; en orden

a desarrollar un sentido de saliencia caracterizado por ese matiz perceptual y por emerger en el interior de la situación clínica del paciente, es decir, la capacidad de discriminar entre lo relevante y lo no relevante y decidir qué es lo más urgente y lo menos para la persona en particular. “Ir con cuidado” y “saber distinguir cada situación” se constituyen así en aquellos saberes experienciales que el/la estudiante va adquiriendo durante su prácticum clínico, que le permiten percibir cada situación clínica como si fuese un caso único.

El tutor proporciona a la estudiante, piezas de información relevantes de la situación clínica del paciente, hace conjeturas, plantea posibles complicaciones, lee el tratamiento farmacológico y lo interrelaciona con el cuadro clínico, hace juicios respecto a las necesidades emocionales y comunicativas con la familia y el paciente, y ayuda a enriquecer la imaginación y el razonamiento clínico de la estudiante. Imaginación clínica requerida para comprender la naturaleza de las necesidades del paciente, las cuales son cambiantes, acordes a su evolución clínica en el tiempo (3). Por su parte, la estudiante mantiene una disposición de observación y escucha.

En la siguiente descripción vemos como el tutor pretendía mostrar a la estudiante el carácter complejo y dinámico de la situación clínica que exigía una planificación de cuidados flexible y situada:

“Todo ese contexto de paciente complicado era lo que yo intentaba exponerle a Isa, que no podíamos plantear una planificación de cuidados rígida porque cada momento era cambiante. Había momentos en que el paciente tenía estados de ansiedad brutal, teníamos que abordarlo de una manera X y había momentos en que el paciente estaba totalmente consciente, orientado, totalmente tranquilo, la familia estaba bien y, bueno pues, la dinámica había que cambiarla (...), en función de las exigencias familiares, era una situación un tanto compleja” (Entrevista enfermero).



Como también, hacerle notar la incertidumbre y dinamismo de la propia práctica enfermera:

“Mi intención era que ella fuera consciente de que te podías encontrar con sorpresas todos los días y que no todo es blanco o es negro y que realmente nunca vas a tener la situación controlada al cien por cien, sino que todo te obliga a estar siempre en dinamismo contigo mismo, y priorizar y volver a priorizar y ahora lo tengo controlado y ahora de repente no” (Entrevista enfermero).

Similar a los hallazgos de otros autores (3, 25, 27-29), las pedagogías de contextualización que las educadoras clínicas emplean, se orientan hacia la unicidad del paciente, hacia su propia singularidad, subrayando la información relevante en torno a su contexto (con sensibilidad a la experiencia y preocupaciones de éste), la elaboración de razonamientos y juicios clínicos (atendiendo al qué, cómo, por qué y cuándo realizar las acciones de cuidado), el sentido de saliencia (al permitirle *notar* qué debe ser abordado inmediatamente o cuáles son los aspectos relevantes de una situación) y los aspectos éticos en el cuidado de la persona.

Para el desarrollo del razonamiento y juicio clínico es importante que aquello que el tutor elija decir y demostrar a la estudiante lo diga o haga en el contexto del *hacer* de éste (3, 7); que pida a los estudiantes que verbalicen las razones de sus acciones, con el fin de que sepan lo que están haciendo, evitando así acciones mecánicas e irreflexivas y permitiendo internalizar la deliberación, análisis y razonamientos clínicos de sus acciones; como también que pida a las estudiantes el establecimiento de prioridades en sus acciones clínicas teniendo en cuenta la evolución dinámica y cambiante de las mismas, con el fin de llevar a la estudiante a deliberar y discernir sobre la naturaleza y evolución de la situación, y al desarrollo de un sentido de saliencia.

### **Estrategias didáctico-reflexivas**

Algunos autores (3, 7, 30, 31) afirman que a través de estrategias reflexivas como el diálogo reflexivo

y la interrogación didáctica el tutor clínico estimula a mostrar las hipótesis de comprensión que la estudiante va construyendo durante su práctica clínica. Estas hipótesis muestran al profesorado la forma en que el alumnado está tratando de asignar un significado al contenido (a partir de los conocimientos previos que ya posee) para hacerlo comprensible (30).

Para estos autores, un modo para guiar a la estudiante, a través de la pregunta, hacia unos objetivos de aprendizaje concretos, es mediante la interrogación didáctica. Esta consiste en conversaciones socráticas, las cuales dirigen el aprendizaje mediante el encadenamiento de interrogaciones y respuestas, gracias al cual el pensamiento de la estudiante es guiado hacia el descubrimiento de las ideas o procedimientos que el docente desea mostrarle. En este tipo de conversaciones, se puede recurrir a una multiplicidad de preguntas y a la emisión de orientaciones que, a modo de pistas, ayuden al alumnado a construir nuevos conocimientos. Cuando estos diálogos funcionan bien, la estudiante reflexiona acerca de lo que oye decir al docente y reflexiona sobre el conocimiento tácito que ella ha construido acerca de la idea o tópico que se esté abordando. Y el profesor, a su vez, se pregunta mientras dirige la conversación por aquello que la estudiante revela y manifiesta en cuanto a conocimientos, disposiciones o dificultades y busca y piensa en aquellas preguntas que pudieran ayudarle mejor a orientar su pensamiento hacia el aprendizaje deseado (30). En palabras de Schön (7), estos procesos hacen referencia a la reflexión en la acción y sobre la acción.

En el siguiente fragmento se evidencia cómo el enfermero Jordi estimula a la estudiante a desarrollar su razonamiento clínico, a través de un diálogo reflexivo, empleando la pregunta retórica y la serie de preguntas (27), como estrategias de indagación. El enfermero comienza planteándole el diagnóstico clínico del paciente y los motivos por los cuales no ha sido intervenido quirúrgicamente.

La estudiante mantiene un estado de atención operativa, es decir, una disposición para trasladar lo que escucha a la acción (7), lo que le permite preguntar de manera situada por aquello que desconoce o que le resuena de la situación clínica del paciente, en este caso los motivos por los que no ha sido intervenido el paciente y la fisiopatología.

“Continúan con el paciente Joan, es un señor que proviene de la unidad de cuidados intensivos con un diagnóstico de colangitis y secundaria a ésta un shock séptico, una neoplasia de páncreas sin operar.

Jordi: ¿Por qué este paciente está sin operar? [Pregunta retórica] Según como esté, examinan a nivel proteico y hacen otras pruebas antes de operar.

Isa: ¿Y en este caso?

Jordi: Se ha complicado, por eso no lo han operado.

Isa: ¿Y la colangitis qué es?

Jordi: ¿Es una inflamación del qué?, ¿qué hay cerca del páncreas? ¿Qué es un colangiocarcinoma? [Serie de preguntas] [La estudiante no responde, le observa] Te voy a enseñar unas imágenes [abre la página web de google]” (Observación Planta A).

El enfermero observa que hay un vacío en la comprensión de la estudiante sobre la fisiopatología, así que emplea como estrategia didáctica imágenes visuales del google para hacer una revisión de anatomofisiología sobre el páncreas y los conductos biliares. Esto le permite “recrear la situación de la práctica de forma que se presente más real y accesible para la estudiante” (27) y facilitar la interrelación en la estudiante de los contenidos anatomofisiológicos y la fisiopatología del paciente, en este caso, con la colangitis.

“El enfermero busca en internet imágenes sobre los conductos biliares y el páncreas y señala la anatomofisiología de los conductos biliares a la estudiante y dice: Los conductos biliares salen del páncreas ¿y qué salen por estos conductos

biliares? La bilis, en este caso, en la colangitis hay una obstrucción.

Isa: Obstrucción de los conductos biliares.

Jordi: Y cómo lo tenemos, dieta diabética, ¿por qué?

Isa: Sí, dieta diabética porque tiene un neo de páncreas.

Jordi: [con su movimiento corporal, su mirada puesta en ella y su cabeza asintiendo, le expresa] Ese razonamiento era el que yo quería que hicieras” (Observación Planta A).

La respuesta de la estudiante evidencia su nivel de atención, la interrelación de la información que el enfermero le suministra con la situación clínica del paciente y que le ayuda por tanto a la formulación de juicios clínicos adecuados.

La expresión del enfermero *ese razonamiento era el que yo quería que hicieras* es una frase cargada de mucho significado y expresión no verbal; es lo que se llama una reflexión en la acción recíproca (7), que muestra la comprensión y los significados que la estudiante ha construido de la situación clínica al descifrar las descripciones del tutor, en este sentido la estudiante reflexiona en la acción, revelando así lo que ha “sacado en limpio de lo que ha oído o visto”. Además, el tutor trata sus nuevas comprensiones con frases cargadas de significados del tipo “esto es lo que yo quiero que expases” o “esto es lo que en realidad yo quería decir”, y replica a sus interpretaciones con nuevas demostraciones o verbalizaciones que, a su vez, el estudiante puede volver a descifrar y traducir en una nueva forma de ejecutar.

Una vez que el enfermero ha situado a la estudiante en la fisiopatología del paciente, verbaliza los motivos por los que éste lleva un drenaje biliar y los signos y síntomas que evidencian la obstrucción de los conductos biliares, como es el aumento de la bilirrubina, tal como se muestra a continuación: “Jordi: (...) y ¿qué lleva? Un drenaje, ¿por qué? Porque el paciente tiene comprometidas sus vías

biliares, ¿qué les pasa? Que se ponen amarillos, se sube la bilirrubina. (...) si tiene la bilirrubina alta ¿qué le pasa? Hay una ictericia obstructiva ¿y cuáles son los síntomas? Se ponen amarillos, prurito y él tiene un drenaje biliar externo porque no puede drenar por los conductos biliares porque están obstruidos” (Observación Planta A).

El enfermero verbaliza la información que considera necesaria para la comprensión de la situación clínica, como es el drenaje biliar externo que lleva aquel paciente debido a la obstrucción de los conductos biliares. La estudiante repasa y busca la información en aquello que ella ha visto u oído sobre aquel drenaje y le muestra al enfermero su interpretación a modo de pregunta. De este modo, la estudiante descifra lo que el enfermero le pretende mostrar y elabora así sus hipótesis de comprensión. Por ejemplo, le pregunta por el tipo de drenaje: “¿Es un *pigtail*? ¿Es externo?” El enfermero le da una pista para que se cuestione si el drenaje es interno o es externo: “Va a vías biliares”; la estudiante responde que el drenaje es externo, su hipótesis de comprensión lleva al enfermero a la clarificación del tipo de drenaje que se emplea para la vía biliar y para esta situación particular:

“Jordi: Entra a vías biliares, es interno y externo, ¿se tiene que hacer lavado?” (Observación Planta A).

Aquí el enfermero trabaja con la hipótesis de comprensión de la estudiante empleando como estrategia la interrogación didáctica (30), en lugar de emplear un tono normativo, de juicio o de interrogatorio, le responde clarificando la hipótesis de comprensión de la estudiante. El enfermero continúa manteniendo su atención, planteándole otra pregunta sobre el lavado del drenaje y si el líquido utilizado se ha de recuperar o no. La estudiante descifra nuevamente la información que él le ha dado, como el hecho de que el drenaje biliar es tanto interno como externo, interrelaciona este dato con aquello que ella ha observado y

escuchado previamente respecto al lavado de este tipo de drenaje interno-externo:

“Isa: Sí, el lavado es de 10cc sin recuperar.

Jordi: Sí, el lavado 10cc sin recuperar por lo que tú ya sabes” (Observación Planta A).

Aquí el enfermero confía en el saber de la estudiante, que está dado por la hipótesis de comprensión que verbaliza sobre la cantidad para el lavado del catéter. En otro momento previo de la práctica clínica se le explicó los lavados del catéter *pigtail* (cuando recuperar y cuando no), por tanto, el enfermero no necesita plantear más preguntas porque confía en los conocimientos y capacidades de la estudiante.

Esta situación evidencia una práctica pedagógica reflexiva dentro de la práctica clínica de la estudiante (24, 32), ha sido un proceso que comienza desde una explicación de la fisiología, la fisiopatología, los signos y síntomas, la dieta, los medios invasivos que precisa (como el drenaje), hasta llegar a los cuidados de enfermería de este tipo de drenaje con los respectivos razonamientos del por qué se ha o no de lavar sin recuperar, como lo respaldan algunos autores (3, 27, 28, 31), para las estudiantes desarrollar y comprender las razones de lo que están haciendo evita un hacer automático o mecánico. Estos procesos de reflexión en la acción y sobre la acción son esenciales para el aprendizaje del estudiante; sin embargo, algunos estudios reportan que una de las dificultades de la supervisión clínica es que la poca disponibilidad de tiempo y la sobrecarga de trabajo del enfermero tutor conlleva a que estos procesos de reflexión con el estudiante no puedan desarrollarse oportunamente (33).

Por ello es importante que en las situaciones clínicas sucedan procesos de reflexión en la acción recíproca y, posteriormente, una reflexión sobre la acción (a modo de retroalimentación y diálogo reflexivo). Esta reflexión llega a ser recíproca cuando el tutor, en primer lugar, responde a

la ejecución del estudiante con su consejo, su crítica, sus explicaciones y sus descripciones, pero también con más ejecuciones por su parte; en segundo lugar, particulariza sus demostraciones y descripciones, adaptadas a la actividad y progreso del estudiante, a sus conocimientos o dificultades y piensa en las respuestas más oportunas para ayudarle. Por su parte, la estudiante reflexiona sobre lo que oye decir y ve hacer a la enfermera y mantiene conversaciones reflexivas respecto a su propia ejecución.

## CONCLUSIONES

El prácticum clínico es el escenario que aproxima al estudiante de enfermería al mundo práctico y le posibilita aprendizajes reflexivos y situados. Algunos de los aprendizajes de los estudiantes fueron: responder de manera fluida a las demandas de cada situación, elaborando en torno a ésta razonamiento y juicios clínicos reflexivos y toma de decisiones en orden a decidir qué es lo más importante para un paciente particular; sensibilidad a las necesidades del otro/a, conocer y conectar con la experiencia de salud y enfermedad por la que atraviesa la persona hospitalizada y dar cuenta de las necesidades prioritarias para cada paciente en un espacio y tiempo determinado; saber cómo ejecutar los pasos necesarios para la acción, a través de una práctica pedagógica reflexiva, contextualizada y situada; y situarse en el contexto hospitalario, conocer sus tiempos, espacios, organización y gestión de los cuidados de la persona hospitalizada.

Las pedagogías de contextualización de carácter holístico (multidimensional) acercan al/a la estudiante a atender la situación clínica de manera situada y contextual, reconociendo sus características y su singularidad e individualizando la necesidad o demanda del otro/a, por tanto, estas pedagogías favorecen en el/la estudiante desarrollar conocimientos prácticos, como el razonamiento y juicio clínico; el desarrollar un sentido de saliencia a través del “ir con cuidado

a la situación de cada uno” y el “saber distinguir cada situación”; la organización de los datos, la integración, interrelación e interiorización de conceptos teórico-prácticos; y la planificación y seguimiento de actividades de cuidado de enfermería acordes a la situación clínica en curso.

Este tipo de pedagogía precisa de estrategias didáctico reflexivas que busquen: preguntar sobre la experiencia concreta del estudiante y los significados construidos de manera reflexiva alrededor de ella, más que en teorizaciones abstractas o la mera resolución de problemas y ejecución de procedimientos; estimular la reflexión en y sobre la acción del estudiante sobre la situaciones clínicas vivenciadas; favorecer en el estudiante la elaboración de significados e interpretaciones de su propia práctica como educando y como cuidador y la posibilidad de dar sentido a la acción y articular los resultados de este proceso reflexivo con su futura práctica clínica; en síntesis, promover el desarrollo de una práctica reflexiva en el estudiante que incluya el decir y escuchar, la demostración, el diálogo reflexivo, la interrogación didáctica, la transferencia de la experiencia y retroalimentación y la reflexión recíproca de educador-educando *en y sobre* la acción (7).

### Conflicto de intereses

Los autores declaramos que no tenemos ningún conflicto de intereses referentes a esta publicación.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Universidad Nacional de Colombia, al Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación Colciencias por el apoyo financiero para la realización de la investigación en el marco de la beca COLCIENCIAS: LASPAU, Convocatoria No. 419, expediente No. 20080404. A la Universidad de Barcelona y al Hospital Universitario de Bellvitge por el apoyo para la realización del presente trabajo, y a todos los participantes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández JF. La enfermería frente al espejo: mitos y realidades (Documento de trabajo No. 162/2010). [Internet]. Madrid, España: Fundación Alternativas; 2010. [acceso el 15 de julio de 2015]. Disponible en: <http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/la-enfermeria-frente-al-espejo-mitos-y-realidades>
2. Andrews GJ, Brodie DA, Andrews JP, Hillan E, Gail Thomas B, Wong J, et al. Professional roles and communications in clinical placements: A qualitative study of nursing students' perceptions and some models for practice. *Int J Nurs Stud.* 2006; 43(7): 861-874.
3. Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. Educating nurses. A call for radical transformation. 1th. ed. United States of America: Jossey-Bass; 2010.
4. Carlson E, Wann-Hansson C, Pilhammar E. Teaching during clinical practice: strategies and techniques used by preceptors in nursing education. *Nurse Educ Today.* 2009; 29(5): 522-526.
5. Tanner C. Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *J Nurs Educ.* 2006; 45: 204-211
6. Medina JL. En torno a la noción de reflexión. *Àgora d'Infermeria.* 2005; 9(1): 730-735.
7. Schön, DA. El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan. Barcelona, España: Paidós Ibérica S.A.; 1998
8. Solvoll B, Heggen KM. Teaching and learning care. Exploring nursing students' clinical practice. *Nurse Educ Today.* 2010; 30(1): 73-77.
9. Dewey J. Cómo pensamos. Nueva exposición de la relación entre pensamiento reflexivo y proceso educativo. Barcelona, España: Paidós Ibérica S.A.; 2007.
10. Diekelmann N. Narrative pedagogy: Heideggerian hermeneutical analyses of lived experiences of students, teachers, and clinicians. *Adv Nurs Sci.* 2000; 23(3): 53-71.
11. Benner P. Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional. 1a. ed. Barcelona: Ediciones Grijalbo S.A.; 1987
12. Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation. California: Sage Publications Inc; 1989.
13. Geertz C. La interpretación de las culturas. México: Gedisa; 1987.
14. Goetz JP, LeCompte MD. Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa. Madrid, España: Morata; 1988.
15. Ruiz JI, Ispizua MA. La descodificación de la vida cotidiana: Métodos de investigación cualitativa. Universidad de Deusto, Bilbao: Departamento de Publicaciones; 1989.
16. Bottorff, JL. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 2003: 284-304.
17. Strauss AL, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Antioquia, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
18. Valles MS. Entrevistas cualitativas. Madrid, España: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2002.
19. Latorre MA, Rincón D y Arnal, J. Bases metodológicas de la investigación educativa. Barcelona, España: Editorial Experiencia; 2003.
20. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas que involucran seres humanos. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea. 2008. [acceso el 15 de enero de 2010]. Disponible en : [http://www.ub.edu/recerca/Bioetica/doc/Declaracio\\_Helsinki\\_2008.pdf](http://www.ub.edu/recerca/Bioetica/doc/Declaracio_Helsinki_2008.pdf)
21. Ley de Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), BOE núm. 298 & 23750.



22. Rivera LN, Medina JL. Pensamiento reflexivo del estudiante de enfermería en su prácticum clínico. *Investig Enferm. Imagen Desarr.* 2017; 19(1):17-30.
23. Waterkemper R, do Prado ML, Medina JL, Schmidt K. Development of critical attitude in fundamentals of professional care discipline: A case study. *Nurse Educ today.* 2014; 34(4): 581–585.
24. Hicks B, Geist M, House J. SAFETY: An Integrated Clinical Reasoning and Reflection Framework for Undergraduate Nursing Students. *J Nurs Educ.* 2013; 52(1): 59-62.
25. Kuiper RA. Integration of innovative clinical reasoning pedagogies into a baccalaureate nursing curriculum. *Creat Nurs.* 2013; 19(3):128-39.
26. Van Manen M. *El tono en la enseñanza: el lenguaje de la pedagogía.* Barcelona, España: Paidós Ibérica S.A.; 2004.
27. Rodríguez M, Medina JL. El legado del cuidado como aprendizaje reflexivo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016; 24: e2711. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0639.2711>
28. Bardallo L, Rodríguez H, Chacón MD. La relación tutorial en el Prácticum de Enfermería. *Revista de Docencia Universitaria.* 2012; 10: 211-228.
29. Ashley J, Stamp K. Learning to think like a nurse: the development of clinical judgment in nursing students. *J Nurs Educ.* 2014; 53(9): 519-25.
30. Medina JL, Jarauta B, Imbernón F. *La enseñanza reflexiva en la educación superior.* Barcelona, España: Octaedro ICE Universitat de Barcelona; 2006.
31. LaMartina K, and Ward-Smith, P. Developing critical thinking skills in undergraduate nursing students: The potential for strategic management simulations. *J Nurse Educ Pract.* 2014; 4(9): 155-162.
32. Queirós JP. The knowledge of expert nurses and the practical-reflective rationality. *Invest Educ Enferm.* 2015; 33(1): 83-91.
33. Fonseca MJ, Soares S, Gomes J, Marques A. O processo de supervisão em ensino clínico. *Perspectiva dos estudantes e enfermeiros. Investig Enferm. Imagen Desarr.* 2016; 18(2): 77-88.