



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
Programa de Doctorado en Ciencias Sociales y de la
Salud.

Los Tutores como Agentes de Formación en las
prácticas de Grado de Enfermería.

Autor:

D. Andrés Rojo Rojo.

Directores:

Dr. D. José Luis Díaz Agea

Dra. Dña. Ana María Lorente Gallego

Murcia, abril de 2016



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
Programa de Doctorado Ciencias Sociales y de la
Salud.

Los Tutores como Agentes de Formación en las
prácticas de Grado de Enfermería.

Autor:

D. Andrés Rojo Rojo.

Directores:

Dr. D. José Luis Díaz Agea

Dra. Dña. Ana María Lorente Gallego

Murcia, abril de 2016



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR DE LA TESIS PARA SU PRESENTACIÓN

El Dr. D. José Luis Díaz Agea y la Dra. Dña. Ana María Lorente Gallego como Directores de la Tesis Doctoral titulada “Los Tutores como Agentes de Formación en el Grado de Enfermería” realizada por D. Andrés Rojo Rojo en el Departamento de Enfermería, **autoriza su presentación a trámite** dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

LO QUE FIRMO, PARA DAR CUMPLIMIENTO A LOS REALES DECRETOS 99/2011, 1393/2007, 56/2005 Y 778/98, EN MURCIA A 18 DE ABRIL DE 2016.

Fdo. Dr. D.

José Luis Díaz Agea

Fdo Dra. Dña

Ana María Lorente Gallego

AGRADECIMIENTOS

La finalización de esta tesis no hubiera sido posible sin la ayuda inestimable de tantas y tantas personas con las que he tenido la suerte de encontrarme durante este camino de aprendizaje que supone la realización de una Tesis Doctoral.

Su contenido es el fruto de ese encuentro, de esa interacción llena de afecto, cariño, confianza, comprensión y apoyo a mi persona, en todo momento, en los buenos y en los menos buenos, en aquellos en que la alegría nos invade y en aquellos otros, cuando la soledad es nuestra fiel compañera en un camino que se pierde en el horizonte.

Deseo hacer explícito mi reconocimiento, en primer lugar a mis directores de Tesis, el Dr. D. José Luis Díaz Agea y la Dra. Dña. Ana María Lorente Gallego. Ambos me han conducido por el camino del rigor y el respeto por la producción científica. Agradecer también a la Decana de la Facultad de Enfermería de la UCAM, la Dra. Dña. Paloma Echevarría Pérez, persona que me haya facilitado la realización de esta tesis en la que es desde 2009 mi casa.

Mi más profundo agradecimiento a las enfermeras que han participado en este trabajo. Sin su voz, y su inestimable colaboración nada de esto hubiera sido posible.

Gracias a Laura, Cesar, Sergio, Alfonso y todas las personas que en algún momento han compartido mis dudas, agobios y preocupaciones; gracias por vuestros acertados consejos y por vuestro apoyo, por compartir mis momentos de euforia y de desaliento.

Gracias al Dr. Agustín Simonelli, al Dr. Serafín Balanza, a la Dra. Nuria Vela y la Dra. Isabel Fortea, por su inestimable colaboración y ayuda en la realización de este trabajo.

Gracias a la Dra. Diana Rodríguez y a la Dra. Margarita Campillo, por su tiempo y dedicación a la evaluación de este trabajo.

Gracias a mi equipo de compañeras y amigas de la UCI del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca: Juanma, Chabela, Paco, Eugenio, Ana, Raquel, Francis, Ernesto, Juan, etc...por compartir mis dudas y ayudarme a clarificarlas; sin vuestras aportaciones iniciales no hubiera sido posible desarrollar este trabajo.

Gracias a Alberto, Juanjo y Manolo, mis queridos hermanos de la ITV, por todas las veces que me han apoyado, alentado y animado a no desesperar en este largo proceso que ha sido realizar este trabajo.

Y, por supuesto, a mis padres Andrés y Aurora y a mis suegros, Juan y María, cuyos sacrificios en el pasado y en el presente, labraron mi futuro como persona y como profesional.

Hago explícito igualmente, mi agradecimiento a los distintos Gerentes de todos los centros sanitarios en los que realizamos este estudio, y a los distintos Coordinadores de estos centros sanitarios, especialmente a D. Luis Martos Sánchez, Coordinador de Docencia de Enfermería del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y a D. Juan Antonio Flores Martín, Coordinador de Docencia de Enfermería del Hospital Los Arcos del Mar Menor, por su apoyo y colaboración a lo largo de la fase de implementación del estudio de campo de esta Tesis.

Finalmente, y no por ello, menos importante, a mi mujer, mi amiga, mi compañera, mi princesa, y mi alma, Gloria y a mis cuatro hijas Sara, María, Rocío e Irene. A todas ellas, mi cariño y gratitud explícita por haberme permitido emplear el tiempo necesario para realizar este trabajo, a costa de privarlos de mi presencia.

No quisiera dejar a nadie fuera de este público agradecimiento, aunque soy consciente de que me es prácticamente imposible nombrar a tantas y tantas personas que me han enseñado en la vida, que me han descubierto la esencia del Cuidado y que han hecho posible que hoy esté aquí, cumpliendo un sueño que ha animado toda mi vida profesional. Para todas ellas, mi cariño y mi más sincero agradecimiento.

INDICE.	
INDICE TABLAS Y FIGURAS.....	14
INDICE ABREVIATURAS.....	17
ASPECTOS INTRODUCTORIOS.	21
PRESENTACIÓN Y PROPÓSITOS.	21
JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.	24
DETERMINACIÓN DE OBJETIVOS	26
<i>Objetivo General.</i>	26
<i>Objetivos Específicos.</i>	26
ESQUEMA Y DIAGRAMA DE INVESTIGACIÓN.	27
MARCO METODOLÓGICO GENERAL.	31
CAPITULO 1. MARCO SOCIO-EDUCATIVO Y SANITARIO DE LA INVESTIGACIÓN.....	35
1.1 CONTEXTO DE INVESTIGACIÓN.	36
1.2 NORMATIVAS SANITARIAS QUE SUSTENTAN LA FORMACIÓN PRÁCTICA EN ENFERMERÍA.....	36
1.3 INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS QUE IMPARTEN FORMACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA.	39
1.4. ACUERDOS ENTRE INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS-SERVICIO MURCIANO SALUD.	45
1.5 FORMACIÓN PRÁCTICA EN EL GRADO DE ENFERMERÍA.	50
1.6 RECURSOS ASISTENCIALES PARA LA FORMACIÓN PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA.	54
1.7 PERFIL DE LA ENFERMERÍA ASISTENCIAL EN MURCIA.	59
1.8. FIGURAS DE REFERENCIA EN LA FORMACIÓN PRÁCTICA DEL PREGRADO DE ENFERMERÍA.....	63
CAPITULO 2. EL PRACTICUM.	71
2.1 ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL PRACTICUM	71
2.1.1 <i>Aproximación terminológica al Practicum.</i>	71
2.1.2. <i>El Practicum Educativo.</i>	78
2.1.2.1. El Practicum como solución a la dicotomía teoría-práctica.	82
2.1.2.2. El Practicum como desarrollador de Competencias.	84
2.1.3. <i>Divergencias entre el discurso y la realidad del Practicum.</i>	87
2.2 LA FORMACIÓN PRÁCTICA EN ENFERMERÍA.....	88

10. ANDRÉS ROJO ROJO

2.2.1. <i>Antecedentes Históricos de la Formación Práctica de Enfermería. Formación práctica durante la época del ATS.</i>	88
2.2.2. <i>La Formación Práctica durante la Diplomatura de Enfermería.</i>	95
2.2.3. <i>El Practicum en el Grado en Enfermería.</i>	103

CAPITULO 3. EL TUTOR DE ENFERMERÍA..... 111

3.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL TUTOR DE PRÁCTICAS.....	111
3.1.1. <i>El Tutor en el Ámbito Anglosajón</i>	114
3.1.2 <i>El Tutor Postgrado en Ciencias Sanitarias: Tutor MIR y EIR.</i>	118
3.2 TUTOR EN EL GRADO EN ENFERMERÍA.	124
3.3. PROBLEMÁTICAS ACTUALES DE LA TUTORIZACIÓN EN CIENCIAS SANITARIAS. ..	130
3.4.INFLUENCIA DE LAS CREENCIAS EN EL ROL COMO TUTOR.....	133
3.5.EL TUTOR IDEAL EN EL GRADO DE ENFERMERÍA.	138
3.6.EL TUTOR TOXICO	144

CAPITULO 4. EL APRENDIZAJE EN EL CONTEXTO CLINICO.

EL APRENDIZAJE A PIE DE CAMA. 151

4.1DEFINICIÓN DEL APRENDIZAJE EN EL CONTEXTO CLÍNICO. EL APRENDIZAJE A PIE DE CAMA.	151
4.1.1 <i>El Entorno de Aprendizaje Clínico.</i>	155
4.2. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DEL APRENDIZAJE EN EL CONTEXTO CLÍNICO.....	159
4.2.1. <i>El Paciente como Objeto de Aprendizaje.</i>	160
4.2.2. <i>El Tratamiento del Error.</i>	164

CAPITULO 5. BASES EDUCATIVAS DEL APRENDIZAJE PRÁCTICO 177

5.1.PRINCIPALES CORRIENTES TEÓRICAS EN EL APRENDIZAJE.	177
5.2.BASES PEDAGÓGICAS DEL APRENDIZAJE EN EL ENTORNO CLÍNICO. EL PRENDIZAJE EXPERIENCIAL.....	187
5.3.APRENDIZAJE EXPERIENCIAL Y REFLEXIÓN.....	193
5.4.FORMACIÓN PRÁCTICA Y APRENDIZAJE EXPERIENCIAL.	195
5.5.MODELOS DE APRENDIZAJE EXPERIENCIAL.....	197
5.4.1. <i>Antecedentes de los Modelos Modernos.</i>	197
5.4.2. <i>Modelos Modernos de Aprendizaje Experiencial.</i>	199
5.4.2.1 Modelo David Kolb.....	199
5.4.2.2. El Modelo de Peter Jarvis.	202
5.4.2.3. Modelo ALACT de Korthagen.	204
5.4.2.4. Otros Modelos de Aprendizaje Experiencial.	205

5.5.IMPlicACIONES PRÁCTICAS DE LOS MODELOS TEÓRICOS DEL APRENDIZAJE EXPERIENCIAL.....	206
5.6.CONDICIONES PARA EL APRENDIZAJE EXPERIENCIAL EFICAZ.	212
CAPITULO 6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.	219
6.1CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS DEL OBJETO DE ESTUDIO.	219
6.2 SUJETOS DE ESTUDIO. DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN, MUESTRA Y MÉTODO DE MUESTREO.....	225
6.2.1. <i>Universo y Población. Criterios de Inclusión/ Exclusión.</i>	225
6.2.2. <i>Diseño Muestral.</i>	227
6.2.2.1 Muestreo Diseño Cuantitativo.....	228
6.2.2.2. Muestreo Diseño Cualitativo.....	231
6.3 VARIABLES DE ESTUDIO.	232
6.4 INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN.....	239
6.4.1. <i>Instrumento Cualitativo. Los Grupos de Discusión.</i>	239
6.4.1.1 <i>Planificación de la Composición y Procedimiento del Grupo de Discusión.</i>	242
6.4.1.2. <i>Transcripción del Discurso.</i>	244
6.4.2. <i>Instrumento Cuantitativo. Descripción del Cuestionario.</i>	245
6.5 ESTRATEGIA DE RECOGIDA DE DATOS. PUESTA EN MARCHA DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN.	253
6.5.1. <i>Estrategia de Datos Cualitativos. Desarrollo e Implementación de los Grupos de Discusión.....</i>	253
6.5.2 <i>Estrategia de Datos Cuantitativos. Desarrollo e Implementación del Cuestionario.....</i>	255
6.5.2.1 <i>Estrategia de Acceso a La Muestra.</i>	257
6.6 ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE DATOS.....	259
6.6.1 <i>Estrategia de Análisis de Datos Cualitativos.</i>	259
6.6.2 <i>Estrategia de Análisis de Datos Cuantitativos.</i>	264
CAPITULO 7. RESULTADOS Y ANALISIS DE GRUPOS DE DISCUSIÓN.....	269
7.1. ANÁLISIS DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN.....	269
7.1.1. <i>Análisis de los Componentes de los Grupos De Discusión.....</i>	270
7.1.2. <i>Análisis de los Niveles de Observación de la Investigación.....</i>	271
1. <u>“Primer Nivel de Observación”</u>	271
2. <u>Segundo Nivel de Observación</u>	272
3. <u>Tercer Nivel de Observación. Categorías y Dimensiones.</u>	272
7.2. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	278

12. ANDRÉS ROJO ROJO

<i>A VALORACIÓN DEL ENTORNO CLINICO DEL TUTOR COMO ADECUADO PARA LA REALIZACION DE PRÁCTICAS CLINICAS.</i>	279
<i>B. ORGANIZACIÓN DE LA FORMACIÓN PRACTICA-PRACTICUM</i>	281
<i>C. MOTIVACIONES.....</i>	283
<i>D. METODOLOGÍA DOCENTE</i>	287
<i>E. RELACION CON LOS ACTORES DEL PRACTICUM.</i>	292
<i>F. REQUISITOS PARA SER TUTOR.</i>	299
<i>G. ROL EVALUATIVO DEL TUTOR DE ENFERMERÍA.</i>	300
<i>H. CREENCIAS.</i>	301
CAPITULO 8. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO	309
8.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS.....	209
<i>8.1.1. Análisis de la Participación. Tasa de Participación y Respuesta.</i>	310
<i>8.1.2. Análisis de las Variables del Cuestionario 1.</i>	313
<i>8.1.3. Análisis de las Variables del Cuestionario 2. Valoración de los Aspectos Generales de la Formación Práctica.</i>	320
<i>8.1.4. Análisis de las Variables del Cuestionario 3. Valoración del nivel de Formación Práctica de los Alumnos.</i>	326
<i>8.1.5. Análisis de las Variables del Cuestionario 4. Análisis datos Cuestionario Efectividad como Tutor.</i>	332
<i>8.1.6. Análisis de las Variables del Cuestionario 5. Funciones Asumidas como Tutor Asistencial.</i>	347
CAPITULO 9. DISCUSIÓN CONUNTA DE RESULTADOS.....	357
9.1. PARTICIPACIÓN Y CALIDAD DE LA RESPUESTA AL CUESTIONARIO.....	357
9.2. DETERMINAR LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE EJERCEN SU LABOR COMO TUTOR PREGRADO EN EL PRACTICUM DE ENFERMERÍA. ...	359
9.3. IDENTIFICAR LA RELACIÓN EXISTENTE ENTRE EL TUTOR DEL PRACTICUM CON LOS DEMÁS ACTORES PARTICIPANTES EN EL PROCESO DE PRACTICUM.....	364
9.4. IDENTIFICAR LOS PATRONES DE ENSEÑANZA USADOS POR LOS TUTORES DEL PRACTICUM DE ENFERMERÍA	375
9.5. EVALUAR EL GRADO DE FORMACIÓN EN TÉCNICAS DOCENTES DE LOS TUTORES DEL PRACTICUM DE ENFERMERÍA.....	388
9.6. DETERMINAR LAS IMPRESIONES Y CREENCIAS ACERCA DEL PROCESO DE FORMACIÓN PRÁCTICA DE LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA	392
9.7. IDENTIFICAR LOS ELEMENTOS DE MOTIVACIÓN DE LOS TUTORES DEL PRACTICUM DE ENFERMERÍA.....	398
9.8. VALORAR LA VISIÓN DEL TUTOR DEL PROCESO DE PRACTICUM DE ENFERMERÍA.	403

9.9. IDENTIFICAR AL TUTOR COMO ELEMENTO EVALUADOR DE LOS ALUMNOS DEL PRACTICUM DE ENFERMERÍA.....	405
CAPITULO 10. CONCLUSIONES.	411
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	419

INDICE TABLAS Y FIGURAS

• TABLAS

- Tabla 1. Evolución nota corte Grado en Enfermería Universidad de Murcia.
- Tabla 2. Alumnos matriculados en todos los cursos del Grado en Enfermería.
- Tabla 3. Distribución de camas y personal de enfermería adscrito a ellos.
- Tabla 4. Datos Socio-demográficos profesionales Enfermería España/Murcia
- Tabla 5. Distribución proporción por género-edad Enfermería CC.AA Murcia
- Tabla 6. Resumen asignaturas con carga práctica en la Diplomatura Enfermería UMU 1999.
- Tabla 7. Características conceptos anglosajones tutor.
- Tabla 8. Resumen comparativo enfoques aprendizaje.
- Tabla 9. Distribución de Objetivos y Variables a estudio.
- Tabla 10. Distribución y evolución de Ítems en los Sub-cuestionarios del Cuestionario de investigación.
- Tabla 11. Distribución de muestra por representatividad de centros.
- Tabla 12. Distribución de participantes en los Grupos Discusión.
- Tabla 13. Categorías emergidas tras el análisis del discurso de los Grupos de Discusión.
- Tabla 14. Definición de Metacategorías o Dimensiones de los Grupos de Discusión.
- Tabla 15. Distribución de muestra por centros y tasas de participación.
- Tabla 16. Distribución de muestra por tiempo de experiencia como tutor
- Tabla 17. Distribución de muestra por variables demográficas.
- Tabla 18. Distribución de datos experiencia clínica, años servicio y años como tutor.
- Tabla 19. Distribución de muestra por experiencia asistencial, años en el servicio y años como tutor.
- Tabla 20. Distribución variable consentimiento como tutor
- Tabla 21. Distribución Responsable propuesta tutor.
- Tabla 22. Distribución ser testigo de compañero tutor sin haberlo pedido.
- Tabla 23. Descripción haber sido Tutor sin haber dado consentimiento expreso.
- Tabla 24. Distribución Grado Satisfacción.
- Tabla 25. Distribución Información previa del tutor.

- Tabla 26. Distribución opinión diseño y organización prácticas.
 - Tabla 27. Distribución opinión Entorno Aprendizaje Práctico adecuado
 - Tabla 28. Distribución relación Tutor Asistencial y Tutor Facultad.
 - Tabla 29. Distribución opinión tutores preparación previa alumnos
 - Tabla 30. Distribución opinión Formación Práctica de los alumnos.
 - Tabla 31. Variable Valor formativo de las prácticas para los tutores.
 - Tabla 32. Variable labor docente resta labor asistencial.
 - Tabla 33. Opinión tutores afectación carga trabajo sobre labor docente.
 - Tabla 34. Adecuación experiencia en el servicio a la labor tutorial.
 - Tabla 35. Conocimiento de los tutores de los objetivos de formación práctica.
 - Tabla 36. Distribución planificación de los actividades prácticas con alumnos
 - Tabla 37. Seguimiento de las actividades del alumno por parte del tutor.
 - Tabla 38. Adecuación modelo de enseñanza de los tutores.
 - Tabla 39. Adecuación Feedback Tutor-Alumno.
 - Tabla 40. Grado de empatía entre Tutor y Alumno.
 - Tabla 41. Grado de integración del alumno en el equipo de trabajo.
 - Tabla 42. Adecuación opinión tutor relación entre teoría y práctica.
 - Tabla 43. Adecuación grado de Satisfacción como tutor.
 - Tabla 44. Grado de motivación tutor labor asistencial.
 - Tabla 45. Función tutor: atiendo a incorporación alumnos.
 - Tabla 46. Función tutor: colaborar tutor facultad elaborar plan de prácticas.
 - Tabla 47. Función tutor: asesorar y colaborar Tutor Facultad.
 - Tabla 48. Función tutor: seguir la evolución del Alumno.
 - Tabla 49. Función tutor: acompañar y asesorar al Alumno.
 - Tabla 50. Función tutor: proponer al alumno situaciones de aprendizaje.
 - Tabla 51. Función tutor: participar en la evaluación del alumno.
 - Tabla 52. Comparación Ítems relación Tutores Asistenciales vs Tutores Facultad.
- **FIGURAS**
 - Figura 1. Alumnos matriculados en Grado en Enfermería
 - Figura 2. Actores Práctica Clínica.
 - Figura 3. Ciclo de Kolb.
 - Figura 4. Modelo Aprendizaje Peter Jarvis.
 - Figura 5. Modelo ALACT de Korthagen.
 - Figura 6. Modelo de Diamante de Itin.

- Figura 7. Grado Satisfacción tutores.
- Figura 8. Distribución Información previa del tutor.
- Figura 9. Distribución opinión diseño y organización prácticas.
- Figura 10. Distribución opinión Entorno Aprendizaje Práctico adecuado.
- Figura 11. Distribución relación Tutor Asistencial y Tutor Facultad.
- Figura 12. Distribución opinión tutores preparación previa alumnos.
- Figura 13. Distribución opinión Formación Práctica de los alumnos.
- Figura 14. Variable Valor formativo de las prácticas para los tutores.
- Figura 15. Variable labor docente resta labor asistencial.
- Figura 16. Opinión tutores afectación carga trabajo sobre labor docente.
- Figura 17. Adecuación experiencia en el servicio a la labor tutorial.
- Figura 18. Distribución planificación de los actividades prácticas con alumnos.
- Figura 19. Seguimiento de las actividades del alumno por parte del tutor.
- Figura 20. Adecuación modelo de enseñanza de los tutores.
- Figura 21. Adecuación Feedback Tutor-Alumno.
- Figura 22. Grado de empatía entre Tutor y Alumno.
- Figura 23. Grado de integración del alumno en el equipo de trabajo.
- Figura 24. Adecuación opinión tutor relación entre teoría y práctica.
- Figura 25. Adecuación grado de Satisfacción como tutor.
- Figura 26. Grado de motivación del tutor para su labor asistencial.
- Figura 27. Función tutor: atiendo a la incorporación de los alumnos.
- Figura 28. Función tutor: colaborar Tutor Facultad elaborar plan de prácticas.
- Figura 29. Función tutor: asesorar y colaborar Tutor Facultad.
- Figura 30: Función tutor: seguir la evolución del Alumno.
- Figura 31. Función tutor: acompañar y asesorar al Alumno.
- Figura 32. Función tutor: proponer situaciones de aprendizaje.
- Figura 33. Función tutor: participo en la evaluación del Alumno.
- Figura 34. Relación actores Practicum.

INDICE ABREVIATURAS

- ANECA: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación.
- APC: Aprendizaje a Pie de Cama.
- ATS: Ayudante Técnico Sanitario.
- CC.AA: Comunidad Autónoma.
- CC.NN.EE: Comisiones Nacionales de Especialidades.
- CECOVA: Colegios de Enfermería de Alicante, Castellón y Valencia.
- CTEI: Clinical Teaching Effectiveness Instrument.
- DOI: Demostración-Observación-Imitación.
- DUE: Diplomado Universitario en Enfermería.
- EAC: Entorno de Aprendizaje Clínico.
- EC: Enseñanza Clínica.
- EEES: Espacio Europeo de Educación Superior.
- EIR: Enfermero/a Interno Residente.
- EURES: European Employment Services.
- FSE: Formación Sanitaria Especializada.
- GEMS: Generic Error Modeling System.
- GD: Grupos de Discusión.
- HLAMM: Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor.
- HUVA: Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia.
- ICS: Instituto Catalán de Salud.
- IPCE: Informe sobre Profesionales de Cuidados de Enfermería.
- LGS86: Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril.
- LOPS: Ley de Ordenación de las Profesionales Sanitarias.
- MCTQ: Masstricht Clinical Teaching Questionnaire.
- MIR: Médico Interno Residente.
- OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
- RT: Racionalidad Técnica.
- SATSE: Sindicato de Enfermería.
- SEPE: Servicio Público de Empleo Estatal.
- SETOC: Student Evaluation of Teaching in Outpatient Clinics.
- TWI: Training Within Industry.
- SMS: Servicio Murciano de Salud.
- SNS: Sistema Nacional de Salud.
- UCAM: Universidad Católica de Murcia.

18. ANDRÉS ROJO ROJO

- UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.
- UMU: Universidad de Murcia.
- UPCT: Universidad Politécnica de Cartagena.
- SPSS 21: Statistical Package for the Social Sciences.

I. ASPECTOS INTRODUCTORIOS.

- i. Presentación y Propósitos.**
- ii. Justificación de la Investigación.**
- iii. Problemática de la Investigación.**
- iv. Determinación de Objetivos.**
 - Objetivo General.**
 - Objetivos Específicos.**
- v. Esquema y Diagrama de la Investigación.**
- vi. Marco Metodológico General.**

“Por la ignorancia nos equivocamos, y por las equivocaciones aprendemos.”

Proverbio Romano

ASPECTOS INTRODUCTORIOS.

PRESENTACIÓN Y PROPÓSITOS.

Sería erróneo pensar que el problema de investigación surge en el instante en el que se plantea la tesis. En mi caso, forma parte de mi historia personal y profesional aunque su concreción se haya producido cuando decido abordar mi formación académica de tercer nivel.

Como alumno de enfermería fui testigo directo de la evolución del plan de estudios de la Diplomatura de Enfermería, con un aumento del peso de los contenidos horarios académicos en detrimento de las estancias en centros hospitalarios; una muestra de la visión academicista y “tecnológica” de la formación. Ya entonces el sentido común hacía pensar que la formación práctica en contextos motivantes y relevantes es crucial para el alumno de enfermería, especialmente en los primeros cursos, pues será capaz de descubrir si realmente la enfermería es su vocación y su deseo.

Una vez obtenida la Diplomatura de Enfermería inicié mi actividad profesional en el contexto asistencial de los Cuidados Intensivos. No obstante tanto la precariedad en el empleo, como la motivación descubierta durante mi periodo como alumno interno en el Departamento de Enfermería de la Universidad de Murcia (UMU), motivó que iniciara mi formación en Pedagogía, descubriendo una segunda vocación: la docencia en enfermería. Mi trayectoria profesional fue entonces marcada por la docencia en distintos ámbitos, todos ellos profesionalizantes, orientados a la inserción de profesionales en los contextos laborales, donde la práctica en los propios centros laborales, donde serían contratados, era un eje fundamental de los currículos. Del mismo modo en el contexto asistencial, compartía mi labor como enfermero de Cuidados Intensivos con la tutorización de alumnos.

Finalizada la Licenciatura en Pedagogía, la elección de Formación de Tercer Ciclo, me llevó a los programas de Profesionalización y Pedagogía Social, donde descubrí de la mano del Dr. Sáez y del equipo de profesores del Departamento de Teoría e Historia de la Educación, la importancia de la formación para la

22. ANDRÉS ROJO ROJO

profesionalización de una disciplina, especialmente de la formación por parte de sus propios colegas: la socialización. Fue entonces cuando decidí que deseaba investigar sobre la figura del tutor como docente, ya que la variabilidad de comportamientos en este sentido observados en mi práctica cotidiana, así como los comportamientos de los alumnos al respecto, podría influir en que profesionales futuros tendríamos, y definir por ende la profesión de Enfermería, pues los alumnos de hoy son los profesionales de mañana.

Con la oportunidad que la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Murcia (UCAM) me brindó de la mano de la Decana, la Dra. Dña. Paloma Echevarría, se cumplía así mi deseo de cuidar y enseñar, vinculado a los dos mundos, profesional asistencial en Cuidados Intensivos (UCI), tutor de alumnos en prácticas y docente, con formación pedagógica suficiente como para entender el proceso educativo.

La experiencia acumulada en el ámbito de la práctica del Cuidado y la relación con las enfermeras que intervienen como tutoras clínicas para los estudiantes, así como la propia experiencia como tutor asistencial da acceso a la percepción que aquéllas tienen sobre la función docente de la enfermera asistencial. Ese conocimiento estimula a pensar sobre los posibles factores que están detrás de las diferentes sensibilidades pedagógicas mostrada por las enfermeras en el contexto asistencial.

Durante estos años he tenido la oportunidad de reflexionar a partir de lecturas que me han ayudado a conceptualizar el acto educativo, a identificar actores y relaciones, a descubrir nuevas formas de transmitir / construir la práctica enfermera. En este encuentro con la literatura, he podido vislumbrar la ausencia de reflexión sobre el papel docente de la enfermera asistencial y el impacto que este rol tiene sobre la construcción de la identidad profesional.

Dado que la formación como enfermeras se sustenta, fundamentalmente, en la enseñanza de y desde la práctica y ésta se lleva a cabo por profesionales asistenciales, me planteé en qué condiciones tiene lugar esa interacción educativa entre tutor y alumno, cómo el comportamiento del primero afecta a la visión del segundo y a su proceso de aprendizaje. Por ello surgieron, interrogantes como: ¿Qué comportamientos con intencionalidad de enseñar tienen los tutores?, ¿El comportamiento docente de los tutores difiere de los centros asistenciales y las

unidades donde se encuentran?, ¿Es la cultura organizacional y de grupo la que condiciona el comportamiento como tutor?, ¿Qué impulsa a los tutores a realizar esta labor? ¿En base a que conocimientos realizan sus actuaciones como tutores?, etc.

Del mismo modo, al plantear la investigación en ciernes, se consideró como necesaria la presencia de la voz de los propios protagonistas: las enfermeras asistenciales que tutorizan alumnos de grado de enfermería.

El propósito fundamental de esta investigación es promover la reflexión sobre el papel que los enfermeros y enfermeras asistenciales realizamos como docentes durante nuestra labor cotidiana en los centros sanitarios; es decir queremos plantearnos una reflexión sobre la práctica docente de enfermeras y enfermeros asistenciales que tutorizan estudiantes de enfermería en los centros de prácticas.

Nos proponemos explorar y analizar las impresiones que tienen sobre el proceso de formación práctica, las acciones docentes que llevan para con los alumnos, las motivaciones que los impulsan a ser tutor y todos aquellos aspectos que explicitan en sus discursos en relación con la enseñanza de sus prácticas a los futuros profesionales.

Por todo lo dicho, se considera que los resultados de este trabajo pueden ser beneficiosos en diversos sentidos:

- Para los profesionales, quienes pueden aprovechar la tutorización en beneficio propio obteniendo un rendimiento a su dedicación, en forma de reconocimiento a la labor docente realizada por los mismos, y no siempre apreciada de forma suficiente.
- Para los alumnos y alumnas que se socializan en un contexto hospitalario, pues seremos capaces de entender mejor los mecanismos que presentan los tutores para formar y podremos adaptarlos a lo que ellos demandan.
- Para las personas cuidadas porque estarían en manos de profesionales, presentes y futuros, capaces de reflexionar sobre su práctica y sobre sí mismos, en la búsqueda de la autonomía y la identidad profesional que mejore la calidad de cuidados proporcionada.

24. ANDRÉS ROJO ROJO

- Para los gestores y las gestoras de enfermería y establecimientos sanitarios que tendrían la oportunidad de actualizar a sus profesionales facilitando la interacción y el desarrollo de la tutoría, como instrumento para la formación continuada.

Espero por ello que, a través de esta tesis emerjan las expectativas de los tutores, y las condiciones en las que se desarrolla su labor tutorial así como las posibles alternativas para la optimización del proceso de enseñanza-aprendizaje de la práctica profesional.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Hemos procurado que esta tesis doctoral cumpla los criterios de pertinencia, relevancia y factibilidad requeridos en cualquier proyecto de investigación. Responde a una situación que cada vez con más frecuencia, aparece reflejada en los foros de discusión sobre la disciplina enfermera. Por una parte, la necesidad de formar en escenarios reales a los estudiantes de Enfermería. Y, por otro, la menor disponibilidad de profesionales motivados para aceptar esta responsabilidad en el contexto de supuesto de trabajo asistencial.

La actividad tutorial en la formación de la enfermera existe prácticamente desde que esta actividad profesional se desarrolla como tal. La figura del tutor como agente de formación antecede a la del profesor mismo. Siempre han existido figuras como la del tutor, la del mentor o la del asesor que se dedicaban a educar a sus pupilos y a orientarlos sobre la forma más adecuada de conseguir tal o cual finalidad. La Edad Antigua, es pródiga en ejemplos, siendo quizás el más famoso el que nos proporciona Homero en la Odisea: Ulises antes de partir para Troya, pidió a Mentor¹ (uno de sus más reputados amigos y la diosa Atenea reencarnada) que se encargara de regentar su reino y preparar a su hijo Telémaco para sucederle como rey de Ítaca.² Mentor tuvo que ejercer de padre, maestro,

¹ "...Entonces levántese Méntor, el amigo del preclaro Odiseo(éste, al embarcarse, le había encomendado su casa entera para que los suyos obedeciesen al anciano y él se lo guardara todo y lo mantuviese en pie) y benévolo les arengó..."p 224.

² Pese a que la figura de Mentor, aparece en el Canto II de la Odisea, lo hace de una manera breve, en un par de fragmentos. Es en la obra de Fenelon, autor francés del s.

modelo, consejero asequible y fiable, inspirador y estimulador de retos de modo que Telémaco se convirtiera en un rey sabio, bueno y prudente.

Como nos señalan Zabalza y Cid (1998), en los procesos de aprendizaje la figura del tutor ha sido una constante que ha ido adaptándose a las diferentes épocas evolucionando desde el tutor personal, cercano, casi familiar; al tutor virtual, tan característico como imprescindible en el sistema educativo de los últimos tiempos.

El tutor no solo transmite a través de sus enseñanzas, sino que su propio comportamiento es ejemplificante para el “aprendiz”, de forma que éste aprende la forma de comportarse de aquel. Es por ello que Ulises encarga la formación de su hijo al “mejor” de todos cuantos pudiera aprender, no solo por los conocimientos que pudiera transmitirle, sino por el comportamiento.

Si esta metáfora la trasladamos a la formación de profesionales, el papel del tutor, es vital no solo por la transmisión de conocimientos, sino por la transmisión del rol profesional. Y podemos pensar por tanto, que aquellos que se comportan como mentores, deben poseer no solo los conocimientos, sino la capacidad y el buen hacer del buen profesional.

Por ello pensamos, que una profesión que cuida sus tutores, es una profesión que se cuida, que crece, que se preocupa por su devenir futuro, y de la atención que brinda a la sociedad. Guardando todas las prudencias necesarias, podemos pensar, que buenos tutores, nos pueden proporcionar buenos futuros profesionales, pues son el espejo en el que se mirarán las futuras generaciones. Es decir, a través de buenos tutores que muestren las buenas prácticas de cuidado y contribuyan a la formación de los alumnos, se contribuye a profesionalizar la Enfermería.

La formación de enfermeras, se embebe de la influencia de los mentores, o “tutores”, pues desde los primeros tiempos, la formación de enfermería ha estado vinculada a la formación práctica a través del acompañamiento y la observación de la labor de una enfermera. Y a día de hoy el peso de la formación práctica de

XVII, *“Las aventuras de Telémaco”*, donde aparece la figura de Mentor como educador de cabecera de Telémaco.

26. ANDRÉS ROJO ROJO

los alumnos de enfermería es muy importante respecto a la carga docente total de la Titulación.

Por ello, si pretendemos formar profesionales de calidad, no podemos sino mirar a cómo se produce la formación práctica en general, y centrar nuestra mirada en la figura del tutor de enfermería, como el agente más influyente en la formación como profesionales de nuestros alumnos.

DETERMINACIÓN DE OBJETIVOS

Presentaremos, a continuación, de forma más concreta, qué pretendemos conocer con esta investigación, redactado a través de objetivos de investigación.

Objetivo General.

Analizar el papel del tutor de Enfermería como elemento formativo en el Grado de Enfermería.

Objetivos Específicos.

- a) Determinar las características de los profesionales de enfermería que ejercen su labor como tutor pregrado en el Practicum de Enfermería
- b) Identificar la relación existente entre el tutor del Practicum con los demás actores participantes en el proceso de Practicum
- c) Identificar los patrones de enseñanza usados por los tutores del Practicum de Enfermería.
- d) Evaluar el grado de formación en técnicas docentes de los tutores del Practicum de Enfermería.
- e) Determinar las impresiones y creencias acerca del proceso de Formación Práctica de los alumnos de Enfermería.
- f) Identificar los elementos de motivación de los tutores del Practicum de Enfermería.
- g) Valorar la visión del tutor del proceso de Practicum de Enfermería.
- h) Identificar al tutor como elemento evaluador de los alumnos del Practicum de Enfermería.

ESQUEMA Y DIAGRAMA DE INVESTIGACIÓN.

El trabajo presente despliega dos grandes bloques: el marco teórico y el marco empírico, ambos intrínsecamente unidos puesto que el primer bloque justifica y aporta los elementos de la investigación del segundo y constituye su base. La línea temporal seguida puede observarse en el Anexo I, “Proceso de Investigación”.

Marco Teórico: en el que se estudia la realidad y desarrollo actual del tutor de enfermería como agente formativo en los estudios de Grado de Enfermería, su situación en los contextos socio-laborales. También forman parte de este marco el estudio y profundización sobre las bases y fundamentos del aprendizaje experiencial así como la naturaleza y características de la docencia clínica y la tutoría en Ciencias de la Salud. En este bloque se concentran en los capítulos 1 al 5.

Marco Empírico: trabajo de campo investigación propiamente dicho se llevó a cabo en los distintos centros hospitalarios pertenecientes a la red pública de hospitales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, en el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2014 y el 1 de marzo de 2015. Este bloque se concreta en los capítulos 6 al 10.

En el capítulo 1, se presenta una síntesis sobre las condiciones sociológicas y sanitarias en las que se desarrolla la actividad docente enfermera en el contexto práctico, el impacto que está teniendo sobre ella el incremento de alumnos de grado y los cambios que acontecen en las organizaciones sanitarias como resultado de la mayor demanda del número y la calidad de los servicios de salud. Se expone así mismo la esencia normativa que exige la formación práctica de los alumnos tanto en las instalaciones públicas, como por parte del profesional de enfermería que trabaja en ellos.

En el capítulo 2, se recogen las diversas posiciones que existen, en relación al Practicum como entidad formativa propia, y especialmente desde la entrada en vigor del Espacio Europeo de Educación Superior. Analizamos la concepción más puramente educativa del Practicum y la Formación Práctica en los entornos laborales reales. Analizamos igualmente el papel de la Formación Práctica en

28. ANDRÉS ROJO ROJO

Enfermería, su trayectoria histórica y su relación con el resto de currículo, particularmente la relación que se establece entre teoría y práctica.

En el capítulo 3, nos acercaremos al concepto de tutor, desde ámbitos multidisciplinares, presentando especial atención a las distintas aportaciones que las investigaciones realizadas en el contexto anglosajón se han realizado sobre el tema en ámbito de la Enfermería ya que en el contexto nacional se localizan estudios vagamente relevante científicamente al respecto de la situación tutorial en el acompañamiento y formación práctica de los alumnos de enfermería durante su estancia en los entornos de formación práctica.

Nos aproximaremos así, a la Acción tutorial como elemento mediador en la formación de los profesionales de Enfermería y los atributos que comporta el rol de tutor. Se destaca, igualmente, la importancia de la Interacción en el proceso de enseñanza-aprendizaje iniciado entre tutor y alumno.

El capítulo 4 aporta una revisión de la literatura sobre el concepto de Formación en el Contexto Clínico. Al igual que en el capítulo anterior, nos centraremos en el aporte que nos realiza en este campo la literatura anglosajona, donde el “Clinical Teaching” y el “Learning in Clinical Environment”.

En el capítulo 5, introduciremos las distintas teorías educativas que amparan la formación y el aprendizaje en el contexto laboral asistencial durante la formación práctica. Nos centraremos en la concepción constructivista del aprendizaje, concretamente la teoría del aprendizaje Experiencial de David Kolb (1981) y Kortaghen (2001), y otras concepciones teóricas al respecto.

El segundo bloque de contenido, el referido a los aspectos metodológicos, abordará los aspectos más íntimos de la investigación. Va desgranando progresivamente, todos los pasos que se sucederán para dar cumplimiento a los objetivos de este trabajo.

A diferencia de los fenómenos naturales, los fenómenos sociales no se comportan de una manera lineal, sino que son impredecibles. El fenómeno de estudio es un fenómeno social y por tanto, para estudiarlo se ha seguido su dinámica, con la pretensión de no violentar su construcción y desarrollo. Es por ello que asumí la posibilidad de cambiar el planteamiento metodológico inicial, si fuera necesario a lo largo del estudio, para no alterar la evolución de aquello que deseaba comprender e interpretar en su propia realidad.

El bloque se inicia en el capítulo 6 con una reflexión sobre el diseño de la investigación, la definición del problema y los objetivos para continuar con la fundamentación ontoepistémica del estudio y las decisiones metodológicas adoptadas. Se explicitan también, obviamente, los instrumentos para la recogida de información así como su proceso de elaboración.

Los capítulos 7 y 8 albergan el proceso de presentación y análisis de los resultados de los distintos instrumentos de investigación; presentación de los resultados y análisis de los Grupos de Discusión desarrollados el efecto para nuestra investigación se trata en el capítulo 7. En el capítulo 8, se atienden los resultados y el análisis de los datos obtenidos del cuestionario realizado al efecto.

En el capítulo 9, se atiende a la interpretación plausible del problema de investigación desde la visión del marco teórico elegido, discutiendo de forma conjunta los datos empíricos obtenidos de los instrumentos de investigación.

Por último en el capítulo 10 se exponen las distintas conclusiones que emanan de la realización de esta investigación.

Para la realización de este trabajo, se ha seguido una línea temporal que brevemente describiremos, mostrando las características de cada una de las fases.

Fase 1: Inicial o Diagnóstica

Hace referencia a la indagación inicial sobre la problemática de esta investigación, definiendo y estableciendo por un lado los objetivos de trabajo, y por otro proporcionando un marco contextualizado de la problemática actual, lo que supuso una investigación documental relativa a número de alumnos matriculados, número de profesionales de enfermería y ratios de enfermería, normativas que amparan la formación práctica entre otros aspectos.

Fase 2: Planificación y Definición Metodológica

El núcleo de esta fase se centra en la toma de decisiones metodológicas de la investigación. Tras decidir que nuestra investigación es fundamentalmente de tipo Descriptivo podemos decidirnos por el modelo metodológico que mejor se adapta al objeto de investigación. En nuestro caso optamos por un enfoque metodológico mixto.

30. ANDRÉS ROJO ROJO

Decidida ya la opción metodológica planificamos todo el proceso investigativo: determinación de antecedentes previos de estudios similares tanto en el contexto nacional como internacional, definir el marco, población y técnica de muestreo adecuado a nuestra investigación, establecer las técnicas precisas de investigación, así como los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo el trabajo de campo.

c. Fase 3: Desarrollo de Instrumentos.

En esta fase se realiza la elaboración de los instrumentos de recogida de datos, especialmente cuantitativos. Esta fase engloba la parte cualitativa del estudio, con el desarrollo de distintos grupos de discusión exploratorios sobre la cuestión, y la elaboración de un primer cuestionario y el sometimiento a juicio de dos grupos expertos distintos: de un lado profesionales con contrastada experiencia en investigación de campo y de otro lado profesionales asistenciales tutores de enfermería.

Tras el ajuste del cuestionario atendiendo a los criterios de los expertos, el cuestionario fue sometido a un estudio piloto con 100 participantes que si bien compartían las características de la muestra, no fueron incluidos en la muestra de estudio. Mediante la determinación estadística, y estrategias metodológicas como el test- retest, se seleccionaron aquellos ítems que proporcionaban una mayor validez y fiabilidad al cuestionario. Se configura de esta manera el cuestionario definitivo.

d. Fase 4. Trabajo de Campo.

Tras la elaboración de los cuestionarios definitivos, y la determinación de la muestra a estudiar en los distintos centros, se procedió a la entrega y recogida de cuestionarios a los profesionales de enfermería. Como estrategia exploratoria, se decidió en aras de la aleatoriedad, la exploración en los turnos de trabajo (mañana y tarde) de un día concreto al personal de enfermería que se encontraba en los servicios objeto de estudio. Se realizarían tantas exploraciones como fueran precisas hasta completar la muestra deseada. Si bien, en caso de ser necesario una segunda exploración, se atendería a los criterios de conveniencia del investigador, para no coincidir en los turnos de trabajo con los profesionales ya explorados.

Igualmente para una mayor tasa de respuesta, se usó como estrategia entregar y recoger el cuestionario en el mismo turno de trabajo, de forma que no pasaran más de 7 horas entre la entrega y la recogida del mismo.

En la misma secuencia temporal, se realizaron grupos de discusión con tutores, hasta un total de cinco, número en el cual se saturaron datos, y se dio por concluida esta fase del diseño de investigación.

e. Fase 5. Análisis de Datos y Redacción de Informes y Conclusiones.

Tras la fase exploratoria y con los datos recopilados tanto de la parte cuantitativa (Cuestionarios) como de la cualitativa (Grupos de Discusión), se procedió al análisis de dichos datos, generando sendos informes. Para el análisis de los datos proporcionados por los cuestionarios, se usó el paquete estadístico SPSS 21.

Tras la obtención de resultados procedente de ambas metodologías, se procedió a la interpretación primeramente por separado y luego conjuntamente de los resultados obtenidos.

Este análisis de los resultados, contrastado con el marco teórico, devino en el desarrollo de la Discusión de los mismos, y la obtención de conclusiones pertinentes, con la consecuente respuesta a los objetivos inicialmente planteados.

Aunque en este diagrama se han representado las distintas fases de nuestra investigación dispuestas en una secuencia formal con la intención de destacar su diferenciación, conviene advertir que esto no significa que las fases sigan una dinámica lineal en el proceso; mas al contrario, interactúan entre sí.

MARCO METODOLÓGICO GENERAL.

En las clasificaciones de la investigación en general, encontramos distintas formas de entender el proceso empírico, con diversas modalidades, como son la investigación descriptiva, la evaluativa, la propositiva y la explicativa. Todos estos modos atienden a la finalidad o la naturaleza de los objetivos propuestos por los investigadores; de esta forma, nosotros presentamos una investigación de tipo descriptivo, pues como señala Del Rincón,

32. ANDRÉS ROJO ROJO

“La Investigación Descriptiva, muestra un objeto de estudio que no ha sido explorado en profundidad; a partir de ella se pueden plantear hipótesis...” (Del Rincón, 1995, p. 25)

El objeto de nuestra investigación se centra en la comprensión de la práctica educativa que se desarrolla en los hospitales, durante la formación práctica de los alumnos de Grado en Enfermería. Esta realidad se encuentra sujeta a múltiples condicionantes, vinculados al contexto o entorno donde se realizan la formación práctica; aspectos organizativos tanto de las instituciones universitarias como de las instituciones sanitarias; aspectos relacionales entre los agentes implicados, tutores, alumnos y profesores de la Universidad, principalmente, entre otros factores. Pretendemos abordar la Formación Práctica de los estudiantes de Grado en Enfermería, como una realidad múltiple solamente accesible desde una visión holística, integral y de conjunto de la realidad.

Consideramos por tanto, que el empleo de varios métodos de investigación nos va a proporcionar una información adecuada y complementaria, pues los métodos cuantitativos nos van a proporcionar estandarización de resultados, mientras que los métodos cualitativos, nos darán una perspectiva rica en matices. Como nos indican Hernández, Fernández y Baptista (2006, p. 155)

“...el enfoque mixto es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder al planteamiento del problema. Se usan métodos de enfoques cualitativos y cuantitativos y pueden involucrar la conversión de datos cuantitativos en cualitativos y viceversa. Así mismo, el enfoque mixto puede utilizar los dos enfoques para responder distintas preguntas de investigación de un planteamiento de problema.”

Los diseños mixtos logran obtener una mayor variedad de perspectivas del problema: frecuencia, amplitud y magnitud (cuantitativa) así como profundidad y complejidad (cualitativa), generalización (cuantitativa y de comprensión (cualitativa). Por otra parte al combinar métodos aumentamos no solo la posibilidad de ampliar las dimensiones de nuestro proyecto de investigación, sino que el entendimiento es mayor y más rápido.

CAPITULO I. MARCO SOCIO-EDUCATIVO Y SANITARIO DE LA INVESTIGACIÓN.

- 1.1. Contexto de la Investigación.**
- 1.2. Normativas Sanitarias que sustenta la Formación Práctica en Enfermería**
- 1.3. Instituciones Universitarias que imparten formación de Enfermería en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.**
- 1.4. Acuerdos entre Instituciones Universitarias y Servicio Murciano Salud**
- 1.5. Formación Práctica en el Grado de Enfermería.**
- 1.6. Recursos asistenciales para la Formación Práctica de Enfermería en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.**
- 1.7. Perfil de la Enfermería Asistencial en Murcia.**
- 1.8. Figuras de Referencia en la Formación Práctica del Pregrado de Enfermería.**

"La experiencia es lo único que trae consigo el conocimiento, y cuanto más tiempo estés en la tierra tanta más experiencia has de adquirir".

Lyman Frank Baum, "El Maravilloso Mago de Oz" (1900)

MARCO SOCIO-EDUCATIVO Y SANITARIO DE LA INVESTIGACIÓN

En la actualidad, tanto la población como las sociedades científicas e instancias regulatorias de la práctica, solicitan mejor y mayor formación de los profesionales de la salud (Bär, 2012).

Uno de los objetivos de la formación práctica es proporcionar a los estudiantes la oportunidad de aprender habilidades clínicas y competencias profesionales. Los profesionales de la salud necesitan adquirir habilidades en la comunicación con los pacientes, con las familias y con otros profesionales, así como habilidades para la ejecución de procedimientos, así como para desarrollar una habilidad de reflexión sobre la propia práctica y la motivación de mantener y profundizar sus competencias profesionales a lo largo de su vida profesional (Morris y Blaney, 2010).

Sin embargo, como estos mismos autores reconocen, el modelo tradicional de formación práctica en las ciencias sanitarias, ha entrado en una fase de decadencia, que cuando menos obliga a establecer una reflexión en profundidad, especialmente en torno al papel que juegan los distintos actores formativos en los contextos laborales.

Aspectos como la “masificación” o “sobrepoblación” de alumnos de enfermería, así como el aumento de peso curricular de la formación práctica hacen que los alumnos “compitan” por los espacios de formación práctica

Y es que no podemos olvidar, como veremos a lo largo del resto de apartados de esta Tesis, que la Formación Práctica, es necesaria, deseable e incluso positiva para el desarrollo como profesional integral de los alumnos, pero en ella confluyen dos mundos a veces con objetivos, intereses y visiones distintos como son el mundo asistencial y el mundo académico.

Lógicamente ambos mundos están condenados a entenderse, pues ambos se retroalimentan, pero como en toda relación, la convivencia es dura y surgen conflictos de ella.

36. ANDRÉS ROJO ROJO

1.1 CONTEXTO DE INVESTIGACIÓN.

El contexto socio-sanitario de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, se ha visto vinculado al marco de crisis socioeconómica en el que ha estado inmerso el resto del país desde 2008; y es que en Murcia, lejos de ser una isla, ha compartido y/o sufrido las mismas políticas de ajustes en gastos por parte de las administraciones públicas. Esto se ha traducido en una política de recortes salariales, tanto en el sector público como en el privado, con un aumento de cargas horarias a los trabajadores públicos en general y en particular a los trabajadores sanitarios, entre ellos la enfermería.

Este aumento de carga asistencial, tanto de forma directa (aumento de horas lectivas) como indirecta (debido a los recortes de personal), ha hecho que el profesional sanitario en general y de enfermería en particular, viva una época de estrés y descontento con la situación, lo que contribuye a padecer síndrome de burnout, hastío y desencanto profesional (Sánchez González, Jiménez Jiménez y Parra Martín, 2013; Velasco Bueno, 2013).

Los cambios organizativos y laborales derivados de las medidas adoptadas para combatir la crisis económica, parecen haber afectado al estado anímico y motivacional del personal de enfermería, generando descontento o insatisfacción, según se desprende de estudios que analizan el burnout en el contexto de los hospitales públicos (Iriarte Celdrán, 2014).

En este clima social, en lo que se refiere a la asistencia sanitaria, se desarrolla nuestra investigación. A continuación detallaremos brevemente los distintos aspectos que componen el poliedro de la Formación Práctica en Enfermería en la Comunidad Autónoma de Murcia.

1.2 NORMATIVAS SANITARIAS QUE SUSTENTAN LA FORMACIÓN PRÁCTICA EN ENFERMERÍA.

Como decíamos anteriormente, una formación práctica de calidad de los profesionales sanitarios, y el personal de enfermería en particular, obliga a una colaboración para que las Instituciones Académicas (Universidades) y las Sanitarias (Servicios Públicos de Salud y Centros Privados).

CAPÍTULO I. MARCO SOCIOEDUCATIVO Y SANITARIO DE LA INVESTIGACIÓN. 37

La esencia de la colaboración entre Universidades y Centros Sanitarios, tienen una doble vertiente; de un lado cubrir el perfil formativo de las distintas titulaciones que necesitan formación práctica y de otro lado, hacer extensibles que los avances producidos por la investigación, puedan ser revertidos directamente sobre la mejora constante de la atención sanitaria.

Esta relación entre centros asistenciales y universitarios, para la formación de profesionales sanitarios, tiene una larga tradición legislativa.

La primera norma que sienta las bases de la colaboración entre sistemas de salud e instituciones educativas, es la *Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril*, (LGS86). Esta norma ideada con fines socio-sanitarios, dedica un título completo (Título VI) a tratar el tema de la "Docencia y la Investigación". De todo el articulado que la compone, queremos destacar los siguientes, como representación de esta colaboración.

Artículo 104. "1. Toda la estructura del sistema sanitario debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia pregraduada, postgraduada y continua de los profesionales"..... "3. Las Administraciones Públicas competentes en educación y sanidad establecerán el régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones Sanitarias en las que se debe impartir enseñanza universitaria, a efectos de garantizar la docencia práctica de la Medicina y Enfermería y otras enseñanzas que así lo exigieran..."

Casi en el mismo momento que se redactaba la LGS86, vio la luz el *Real Decreto 1558/1986, de 28 de junio*, por el que se establecen las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones Sanitarias, desarrolla aquellos aspectos que el capítulo 104 de la LGS86, deja esbozados. Así establece, ya en su *Artículo 1* que,

"Las Universidades y las Administraciones Públicas responsables de las Instituciones Sanitarias de titularidad pública, deberán establecer los correspondientes conciertos para la utilización de estas últimas en investigación y docencia de Medicina, la Enfermería, la Farmacia y demás enseñanzas relacionadas con las ciencias de la salud,..."

Igualmente establece en su *Artículo 4* que estos conciertos tienen como objetivo,

"...Promover la máxima utilización de los recursos sanitarios hospitalarios y extra-hospitalarios, humanos y materiales para la docencia universitaria de las diversas enseñanzas

38. ANDRÉS ROJO ROJO

sanitarias a nivel pregraduado y posgraduado, favoreciendo la actualización de las mismas y su continua mejora de calidad.” (Artículo 4, base primera 1-A)

De artículos como éste, se desprenden consecuencias, como que todo el personal que realiza su labor asistencial en un Hospital Público, puede ser usado como recurso docente para formar a alumnos en pregrado o postgrado.

La entrada en vigor del Estado Autonómico y el desarrollo normativo del mismo, hace que el articulado y la filosofía desarrollada por la LGS86, aparezca reflejada en las distintas normas autonómicas. Así por ejemplo en la Región de Murcia, la Ley 4/1994 de Salud de la Región de Murcia, establece las relaciones entre sistemas asistenciales y educativos, en su artículo 36, adoptando lo ya plasmado ya en la LGS86.

Diecisiete años tras la formulación de la LGS86, la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), tiene por objeto, entre otros, regular la formación de las profesiones sanitarias y adaptar el catálogo de profesiones sanitarias, así como sus regulaciones formativas a las demandas y realidades sociales del momento.

Respecto a la formación práctica de los profesionales pregraduados no añade nada nuevo, y no hace más que reiterar las necesarias relaciones de colaboración entre instituciones sanitarias y educativas. Como novedoso respecto al resto de normas anteriores, destacamos, su artículo 14, donde señala

“Las Universidades podrán concertar con los servicios de salud, instituciones y centros sanitarios que en cada caso resulten necesarios para garantizar la docencia práctica de las enseñanzas de carácter sanitario que así lo requieran. Las instituciones y centros concertados podrán añadir a su denominación el adjetivo Universitario”.

Igualmente, esta ley desarrolla el programa de formación postgraduada y de especialidades, demarcando las Comisiones Docentes, como el órgano encargado de supervisar la aplicación práctica y controlar el cumplimiento de los objetivos que se especifican en los programas formativos. Esta comisión a la postre se demuestra como la responsable de designar a los tutores postgraduados (programas Médico Internos Residente-MIR; Enfermero Interno Residente-EIR) responsables, capacitarlos mediante programas de evaluación y acreditación.

Todas estas normas citadas, desarrollan a lo largo del tiempo, una misma idea: la necesidad de colaboración entre las instituciones sanitarias y educativas

en post de garantizar la formación práctica de los alumnos de las distintas profesiones sanitarias. De este modo, toda la estructura sanitaria asistencial queda a disposición de las Instituciones Educativas (independientemente de la titularidad de las mismas), para la formación práctica, lo que incluye los recursos humanos, es decir los profesionales sanitarios que prestan servicios en estos centros sanitarios públicos.

Ahora bien, pese a este extenso desarrollo normativo, y el reconocimiento expreso de esta necesidad de colaboración para desarrollar profesionales sanitarios de calidad, en todas estas normas y convenios, no se hace mención expresa a dos aspectos: las funciones de los profesionales como tutores, y las necesidades de formación de los mismos en habilidades docentes.

1.3 INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS QUE IMPARTEN FORMACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA.

Desde el año 1977, la formación de las Enfermeras se realiza en el seno de las Universidades. Desde entonces hasta ahora, la formación de la Enfermería se mantiene ligada a la Universidad, y sometida a los cambios que en ella acaecen. Así pues, desde el año 2008, en el que se publica el acuerdo del consejo de Ministros de 8 de febrero, se modifica la titulación de Enfermería, pasando de Diplomatura a Grado, aumentando su formación de 3 a 4 años de duración y 240 Créditos ECTS. Esto supuso un cambio efectivo en las titulaciones ofertadas a partir de 2009, en algunas universidades, y con carácter general en 2010.

En España, según los datos publicados por el Ministerio de Educación y Ciencia existen 81 universidades de titularidad pública y privada. En lo relativo a la formación en Enfermería, se imparte en 59 de ellas. En concreto el Grado de Enfermería se imparte en 115 centros repartidos a lo largo del territorio, atendiendo a Facultades propias de cada Universidad y a Centros Adscritos³.

En concreto, en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, se encuentran dos centros universitarios, que imparten docencia en 4 facultades (dos propias y dos adscritas o dependientes) donde formarse como enfermera, a saber:

³ Datos tomados de www.educacion.gob.es/notasdecorte/busquedaSimple.action

40. ANDRÉS ROJO ROJO

- **Universidad de Murcia (UMU)**, con la Facultad de Enfermería de Murcia, el Centro Adscrito de la Facultad de Enfermería de Cartagena y el Campus de Lorca, dependiente de la Universidad de Murcia.
- **Universidad Católica de Murcia (UCAM)**, con su propia Facultad de Enfermería y su centro adscrito de Cartagena.

Como señalan Sánchez y Lafuente (2001) hasta el curso 1996-1997, solo existía una única Institución Universitaria en la Región de Murcia. Es en el curso 1997-1998 cuando se comienza a impartir clase efectiva en la UCAM, siendo la Diplomatura en Enfermería uno de los estudios ofertados ya en este curso.

A lo largo de estos años, las distintas universidades han ido ofertando sus estudios en base al grado de demanda de titulados de enfermería por parte del colectivo estudiantil, y adaptando sus estudios a las distintas reformas educativas planteadas desde los organismos nacionales e internacionales. Así por ejemplo, se ofertaron de forma paralela desde el curso 1997/98 los estudios de Diplomado en Enfermería en la UMU y en la UCAM, siendo así hasta la entrada en vigor de la reforma planteada por el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) y la entrada en vigor del Grado de Enfermería. En este sentido, en la UCAM, el Grado se incorporó en el curso académico 2008/2009, mientras que en la UMU este proceso se realizó en el curso 2009/2010. En ambas universidades estuvieron conviviendo ambos planes de estudios (uno en desaparición y el otro en desarrollo) hasta el curso 2001 en el caso de la UCAM y el curso 2012 en el caso de la UMU. En la actualidad ambas instituciones ofrecen el Título de Grado de Enfermería.

Como señala el Informe sobre Profesionales de Cuidados de Enfermería, (IPCE)⁴ elaborado por el Ministerio de Sanidad, a nivel nacional, la evolución de la oferta de plazas de Diplomado/Graduado de Enfermería se ha mantenido a lo

⁴El Informe sobre Profesionales de Cuidados de Enfermería (IPCE) es realizado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, en un afán de conocer las demandas y necesidades de profesionales de enfermería entre 2010 y 2025. Ofrece cifras y estimaciones recogidas de los servicios Públicos de Salud de las distintas Comunidades Autónomas y en Instituto Nacional de Estadística. Proporciona información veraz y fiable sobre el empleo público de profesionales de enfermería. Por el contrario, no dispone de datos sobre el empleo del sector privado.

largo del periodo 2000-2010 en una media de 8.500 plazas/año, con dos picos importantes en 2007 y 2009 de 9720 y 9135 alumnos respectivamente (IPCE, 2010).

Este aumento en el número de plazas responde a una demanda creciente de profesionales de enfermería; demanda realizada desde los servicios proveedores de salud y cuidados (Sistema Nacional de Salud y Entidades Privadas de Salud) como demanda por parte de los usuarios-estudiantes.

Respecto al primer punto, informes como el anteriormente mencionado IPCE, comenta aspectos interesantes como son:

- La ratio por 1000 habitantes de Enfermería en Cuidados Generales y de Matronas en España es inferior a la media de los países de la OCDE⁵.
- El 36% (93.396 enfermeras) de la población de enfermeras generalistas en España en 2009 (octubre 2009), tiene una edad superior a 49 años, y un 5% (7.900 enfermeras) una edad superior a 59 años, lo que indica un necesario relevo generacional en un futuro no lejano.
- El principal empleador del colectivo enfermero en España es el Servicio Público de Salud (2,3 enfermeras se encuentran empleadas en el Sistema Nacional de Salud (SNS), por cada una de las entidades privadas), bien a través de concursos-oposición, bien a través de contrataciones indefinidas o temporales, lo que supone un gran aliciente dada la estabilidad que proporciona el puesto público frente al privado, así como el mayor índice de ingresos del primero frente al segundo.
- La pirámide poblacional en España para los próximos 25 años, arroja datos como un aumento de las tasas de dependencia (cociente en porcentaje entre la población menor de 16 años o mayor de 64 y la población entre 16 y 64 años) pasando del 49,4 en 2010 al 57,3 en 2021. Con estos datos, se estima que en 2015 en España se necesitarán 233.867, 238.699 en 2020 y 241.594 en 2025 Enfermeras Generalistas, lo que supone un aumento de las ratio enfermera/1000 habitantes al 5,05, 5,23 y 5,32 respectivamente, lejos aún de las estimaciones de la OCDE que se mantienen entorno al 8.3 para esas fechas.

⁵ En España en 2010, la ratio de enfermeras y matronas en el sector público y privado era de 4.8 por cada 1000 habitantes (229.914 total/ 158.262 en el Sistema Nacional de Salud), mientras que en la OCDE es del 7.89, existiendo una gran variabilidad entre Comunidades Autónomas.

42. ANDRÉS ROJO ROJO

Estos datos, hacen pensar en que la demanda de profesionales de enfermería para el futuro próximo es creciente, a pesar de los momentos de crisis económica y laboral que estamos viviendo, donde los índices de paro en la profesión son abrumadores, y las contrataciones se han reducido drásticamente por parte de los servicios públicos. No obstante, los datos no engañan, y ofrecen un panorama alentador respecto a las demandas formativas en enfermería.

En el mismo sentido, de acuerdo a la investigación *“La inserción laboral de los titulados de la Universidad de Murcia”* de 2008, analiza los datos de los cursos 2005/06 y 2006/07, arrojando datos como que el 73.5 % de los egresados de enfermería en Murcia, realizaron sus estudios por vocación, siendo las expectativas laborales el siguiente motivo en importancia (15.3%); en el momento de ser entrevistados, el 85% se encontraba trabajando (de ellos el 77% lo hacía para la administración pública), y se encontraban satisfechos en un 95%.

Ahora bien, el momento de crisis económica en que nos encontramos, hace que estas expectativas de empleabilidad sean irreales en el actual ciclo económico, pues como denuncian los colectivos sindicales, el índice de paro en la profesión de enfermería ha crecido alarmantemente en los últimos tres años, situándose en torno a los 20.000 enfermero/as desempleadas en España, a mediados de 2013, como señala SATSE (Sindicato de Enfermería), en su Informe sobre el *“Análisis del empleo en Enfermería. Oferta y Demanda de profesionales de Enfermería”*, publicado en noviembre de 2013.

Y es que como señala esta institución, desde octubre de 2009 a abril de 2013, se ha producido un incremento de 11.946 enfermeras censadas en las listas oficiales de desempleo, lo que supone casi un incremento del 300% en el desempleo. Este incremento se produce especialmente a partir de octubre de 2011, momento en que se acucian los recortes en sanidad, según datos tomados del Observatorio de las Ocupaciones del Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE).

Esta institución asegura que las promociones de egresados de enfermería de 2011 a 2013 han *“ido íntegramente a engrosar las filas del paro”*. Otros organismos como el CECOVA (Colegios de Enfermería de Alicante, Castellón y Valencia), estudian de cerca el problema de la empleabilidad de la enfermería en España en general y en la Comunidad Valenciana en particular, coinciden con esas conclusiones.

Del mismo modo ambos organismos advierten que de continuar esta tendencia en el mercado laboral, se corre el riesgo de pasar de la actual tasa aproximada de 5% de paro a nivel nacional, al 30%, con cifras que rondarían los 75.000 enfermeras/os desempleadas/os en 2018.

No obstante, pese a esta situación de escaso empleo en el sector, los países europeos se ven como un mercado laboral emergente, y solvente, que puede brindar la oportunidad a los egresados de enfermería de adquirir experiencia profesional. A través de la Red EURES (EUROpean Employment Services), se viene ofertando progresivamente puestos de trabajo para enfermeras/os en los países europeos. El EURES, es una red de cooperación para el empleo y para la libre circulación de trabajadores, siendo éste uno de los principios fundamentales de la Unión Europea (UE) y del recién creado EEES. Se comporta por tanto, como un portal europeo de movilidad y empleo profesional.

Otra forma de apreciar la demanda social de cursar estudios de Grado en Enfermería, se aprecia en la evolución de dos aspectos como son las notas de corte de acceso y la oferta de plazas para el primer curso realizadas.

Las notas de corte se fijan cada año al final del proceso de matrícula en función de las plazas públicas ofertadas para cada titulación, y de las notas de acceso de los estudiantes admitidos. Concretamente, es la del último alumno que logra plaza en cada una de las carreras. Este dato nos da una idea de la demanda de alumnos que ha existido para matricularse en primer curso. La calificación de la nota de corte, ha variado en los últimos años, pasando de obtenerse puntuaciones sobre 10 antes del curso 2010-11 a obtenerse puntuaciones sobre 14 a partir del mismo.

El caso de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Murcia es un ejemplo paradigmático de la situación de demanda social de estos estudios. Como señala en el texto de la Memoria de Verificación del Grado en Enfermería de la Universidad de Murcia, en el curso 2001/2002 se ofertaron 270 plazas por parte de la UMU, registrándose 1532 solicitudes totales; mientras que en el curso 2008/2009 se ofertaron 238 plazas para 2163 solicitudes, lo que supone un aumento del 41% en la demanda en 7 cursos académicos. El caso del Centro Adscrito de Cartagena, es más llamativo aun, puesto que en esos mismos periodos se ofertan 50 plazas para una demanda de 545 en 2001 y 1.032 en 2008.

44. ANDRÉS ROJO ROJO

Como consecuencia de este aumento de la demanda, se produce un aumento de la nota de corte. Así pues, en la Universidad de Murcia, encontramos notas de corte creciente de la convocatoria de junio, según se desprenden de las siguientes cifras, tomadas de las Memorias Académicas de los distintos cursos consultados en la página web de la propia Universidad. A partir del curso 2010, se proporcionan 2 cifras, relativas al número absoluto de la calificación de la selectividad (sobre 14) y su ponderación respecto a las puntuaciones de años anteriores (sobre 10), para tener una idea comparativa de la evolución de las notas.

CURSO	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
NOTA	6,21	6,53	6,65	7,12	7,24	9,7/6.9	9,6/6.8	10,3/7.36

Tabla 1. Evolución nota corte Grado en Enfermería Universidad de Murcia. Fuente web Universidad de Murcia.

Como consecuencia de esta demanda no satisfecha por parte de la UMU, el número de matriculados en la UCAM, se incrementó paulatinamente, especialmente a partir del curso 2008, duplicando en el curso 2012-13, los alumnos matriculados en ese 2008, como podemos apreciar en la tabla adjunta.

	UMU	UCAM	TOTAL
2006-2007	1069	629	1698
2007-2008	1078	680	1758
2008-2009	1076	799	1875
2009-2010	1114	1088	2202
2010-2011	1161	1217	2378
2011-2012	1282	1623	2905
2012-2013	1456	1623	3102

Tabla 2. Alumnos matriculados en todos los cursos del Grado en Enfermería. Fuente: Centro Regional de Estadística de la Región de Murcia.

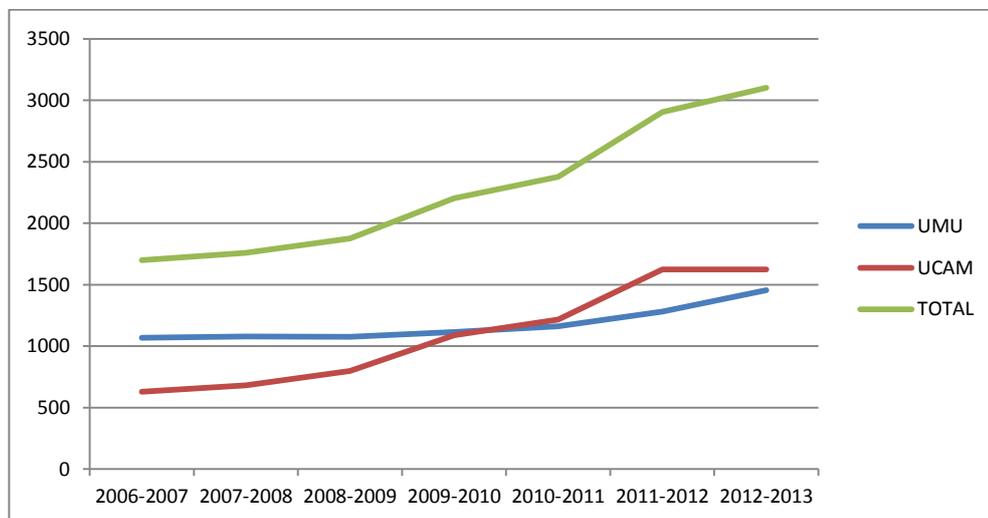


Figura 1. Alumnos matriculados en Grado en Enfermería. Fuente: Centro Regional de Estadística de la Región de Murcia.

En la Figura 1 observamos la tendencia en el número de alumnos matriculados en el Grado en Enfermería, en las distintas Universidades de la Comunidad Autónoma de Murcia, entre el curso 2006-07 y el 2012-13.

En suma, como se puede apreciar, la demanda es creciente, y la oferta de plazas de enfermería por parte de las universidades en la Comunidad Autónoma de Murcia, ha sido igualmente constante y creciente en respuesta a esta demanda.

1.4. ACUERDOS ENTRE INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS-SERVICIO MURCIANO SALUD.

Los acuerdos entre las Instituciones Universitarias y los Servicios Sanitarios, como hemos visto anteriormente, vienen recogidos en distintas normas y sientan las bases para la adecuada formación de los profesionales sanitarios y la prestación a los usuarios de los de asistencia sanitaria de calidad.

Los principales instrumentos a partir de los cuales se articula la colaboración entre las universidades y los servicios sanitarios, son los Acuerdos Marco, Convenios o Conciertos, que tienen como finalidad establecer la adecuación precisa entre la función asistencial de las Instituciones Sanitarias y la función docente e investigadora de las Universidades, con el fin de obtener el

46. ANDRÉS ROJO ROJO

mejor rendimiento de la actividad de las primeras en su triple vertiente asistencial, docente e investigadora.

Ahora bien, estos acuerdos se encuentran sujetos a modificaciones en virtud de las demandas de las instituciones sanitarias y los recursos disponibles por los servicios sanitarios. Una de las circunstancias que ha precipitado las renovaciones de estos acuerdos, es la implantación del Espacio Europeo de Educación Superior, con la consecuente reforma de los planes de estudios de las titulaciones sanitarias, especialmente en Enfermería, incrementando los periodos de formación práctica que se realizan en los Hospitales, Centros de Salud y demás dispositivos del Sistema Sanitario.

Igualmente el incremento de alumnos en las titulaciones sanitarias, así como el surgimiento e implantación de nuevas titulaciones vinculadas al ámbito sanitario, hace necesario que se reformulen de forma periódica estos acuerdos. Para ello en cada acuerdo se configuran distintos órganos compuestos de forma mixta por elementos procedentes a partes iguales de las instituciones sanitarias y las universidades. Así bajo distintas denominaciones (*Comisión Mixta* en los acuerdos Servicio Murciano de Salud y Universidad de Murcia; *Comisión de Seguimiento*, en los acuerdos del Servicio Murciano de Salud (SMS) y la Universidad Católica de Murcia, las Instituciones Sanitarias y las Universidades se encuentran en comunicación continua y constante con el objetivo de adecuar a las demandas socio-laborales los distintos acuerdos y convenios de colaboración, que rigen la formación práctica de las distintas profesiones sanitarias en general y de enfermería en particular.

Estos acuerdos, se suscriben de forma particular entre las distintas Administraciones Autonómicas de Salud (Consejerías y Servicios de Salud) y las Universidades que van a hacer uso de ellos. De forma que cada Universidad, establece convenios de colaboración particulares con el servicio de salud correspondiente en cada comunidad autónoma. En nuestro caso, nos encontramos con tres grandes convenios suscritos entre el SMS y las tres grandes Universidades con sede en la Comunidad Autónoma de Murcia: la UMU, la UCAM y la Universidad Politécnica de Cartagena (UPCT).

Pese a las diferencias que se observan en los distintos documentos de colaboración suscritos entre las distintas Universidades y la Institución Sanitaria

de la Región de Murcia, estos acuerdos, presentan una cartera de servicios y acuerdos tipo similares.

En concreto nos encontramos los siguientes acuerdos:

- *Convenio de Colaboración entre el Servicio Murciano de Salud y la Universidad de Murcia*, recogida en el BORM nº 27, de miércoles 3 de febrero de 2010 (SMS-UMU).
- *Convenio de colaboración entre el Servicio Murciano de Salud y la Universidad Católica de Murcia* de 24 de octubre de 2002 (SMS-UCAM).
- *Convenio de Colaboración entre el Servicio Murciano de Salud y la Universidad Politécnica de Cartagena*, de 2 de febrero de 2006 (SMS-UPCT).

De todos estos acuerdos, destacamos los siguientes aspectos, al considerarlos relevantes para entender la formación práctica en el Grado en Enfermería.

Aspectos Generales

- Los centros sanitarios de titularidad pública (Servicio Murciano de Salud) se ponen a disposición de todas las universidades (independientemente de su titularidad) y sus alumnos para la realización de prácticas clínicas.
- Los alumnos una vez inician su formación práctica, y durante el tiempo que éstos permanecen en los centros sanitarios, *“quedan sometidos al régimen de funcionamiento de los mismos”*.
- Los horarios de permanencia en el centro y el contenido de las prácticas son fijados de mutuo acuerdo entre las instituciones sanitarias y las instituciones académicas.
- Los alumnos que desarrollan actividades prácticas en los centros sanitarios, no tienen vinculación laboral con el mismo.

48. ANDRÉS ROJO ROJO

- Los alumnos deben disponer de un seguro en caso de un eventual accidente que pudiera afectar a los mismos, (Seguro Escolar). Igualmente la Universidad concierta un seguro que *“cubre los riesgos de responsabilidad civil derivada de los hechos que deban su origen a los trabajos realizados por los alumnos en prácticas”*.
- Las universidades designan a un Tutor Académico para cada centro y cada centro sanitario designará entre su personal, *Tutores de Prácticas* que sean responsables del cumplimiento del programa de prácticas. Así mismo, cada centro sanitario designará a un Coordinador de Prácticas que será el encargado de las relaciones entre los alumnos, los tutores académicos y los tutores de prácticas y el departamento responsable de la formación práctica, así como de la supervisión de las prácticas en el centro sanitario.

Contraprestación por parte de las Universidades

En este apartado, encontramos aspectos relativos a lo que perciben (ya sea de forma directa o indirecta) las personas que participan activamente en la formación práctica de los profesionales y los centros sanitarios por parte de las Universidades responsables de los alumnos en formación.

Algunas de estas contraprestaciones, son compartidas por ambas instituciones, mientras que otro conjunto son distintas.

Primeramente para que un profesional de enfermería pueda disfrutar de estos beneficios, debe ser reconocido por parte del Centro Sanitario como tutor. A esta figura reconocida, nosotros lo denominamos “Tutor Oficial”. Es por ello que los tutores deben ser registrados en sendas bases de datos confeccionadas por las Unidades Docentes de los hospitales. Ahora bien, aquellas enfermeras que realizan labores tutoriales, sin ser reconocidos por el centro como tales, no pueden gozar de estos beneficios o reconocimientos. No obstante, estas bases con frecuencia presentan errores y no recogen personas que han realizado tutorías y/o personas que ya no son tutores, por distintos motivos⁶.

⁶ De estos temas nos ocuparemos en capítulos posteriores.

De entre los beneficios comunes a ambas universidades por ser tutor, podemos encontrar el “Expedir un certificado o reconocimiento de la labor tutorial prestada”. Este reconocimiento establece la figura de “*Profesor Colaborador Honorario*”⁷ en las Universidades de titularidad pública (UMU y UPCT). En la UCAM reconoce la labor como Colaborador. Mediante este certificado, el profesional será considerado (en ambas instituciones) como Personal Docente propio de cada Universidad, acreditado mediante la posesión de un carnet personal e intransferible, con las ventajas de disfrute de las instalaciones propias de la Universidad (instalaciones deportivas, bibliotecas, etc.) Igualmente en virtud a dicha consideración como personal docente, puede obtener descuentos en centros lúdicos como muesos y cines.

Del mismo modo, este certificado dispone de una carga lectiva reconocida por “Créditos de Colaboración” los organismos sanitarios a todos los efectos: bolsas de trabajo, oposiciones, méritos curriculares, etc.

Con añadidura a estas prebendas comunes, los distintos Convenios de colaboración entre UCAM y SMS, establece unos aspectos particulares que las Instituciones de titularidad pública no presentan. Así pues,

- La **Universidad Católica de Murcia**, donará una cantidad económica al Servicio Murciano de Salud, destinada a “*la adquisición de fondos bibliográficos, así como materiales de utilidad docente, con destino a los centros donde se realicen prácticas docentes*”⁸. Esta cantidad, fijada por la Comisión Mixta en sus distintos acuerdos, se tasa en 0.25 euros por cada hora⁹ de formación práctica que los alumnos pasan en los centros sanitarios.

⁷ Punto 1, cláusula novena, Convenio de Colaboración entre el Servicio Murciano de Salud y la Universidad de Murcia, para el uso de los centros sanitarios dependientes del Servicio Murciano de Salud en la formación de alumnos que cursen las titulaciones sanitarias,. En el BORM nº27 de 3 de febrero de 2010, pag 4975-5000

⁸ Apartado a), cláusula sexta, Convenio de Colaboración entre el Servicio Murciano de Salud y la Universidad Católica San Antonio de Murcia para la Realización de Prácticas Docentes, de 24 de octubre de 2002

⁹ Acta nº 1 de la Comisión de Seguimiento del Convenio de Colaboración entre el Servicio Murciano de Salud y la Universidad Católica San Antonio de Murcia para la realización de Prácticas Docentes, noviembre 2003.

50. ANDRÉS ROJO ROJO

- Consideración preferente al personal de enfermería del Servicio Murciano de Salud que presta su labor como tutor, a la hora de concesión de becas en proyectos de investigación propias de la Universidad.
- Descuentos en matriculas en los estudios de grado de aquellos que participen en el desarrollo de prácticas docentes y de sus familiares de primer grado de consanguineidad de hasta un 25% del importe.
- Reserva de un 10% de las plazas que se oferten en los Master relacionados con las ciencias sanitarias, para los tutores reconocidos oficialmente.

1.5 FORMACIÓN PRÁCTICA EN EL GRADO DE ENFERMERÍA.

La Formación Práctica en Enfermería ha sido históricamente un pilar fundamental de la formación como enfermeras, y a día de hoy lo continúa siendo. Sin entrar en mayores precisiones, propias de próximos capítulos, la Formación Práctica en Enfermería, sujeta a los cambios de programas curriculares derivados de la adaptación al EEES, se configura como el eje sobre el que pivotan los planes de estudio. Con la entrada en vigor del EEES y los Grados en Enfermería, bajo la denominación genérica de "Practicum", se aglutinan la formación práctica, que tradicionalmente se ha impartido de forma atomizada según materias.

Las prácticas clínicas, atomizadas y pertenecientes a distintas asignaturas, al adoptarse los planes de estudio del Grado en Enfermería, se engloban en una sola que comparte metodologías y estrategias de trabajo y que además se convierte en el eje vertebrador de la formación enfermera, como afirma Medina Moya (1999) y Medina Moya y Castillo Parra (2006):

"...en el Practicum, además de aplicar las evidencias, las estudiantes deberán aprender las formas de indagación que las enfermeras usan cuando se hallan inmersas en las situaciones inestables, ambiguas y poco claras de la práctica cotidiana. Aprendizaje sólo accesible a través de la reflexión en la acción". (Medina Moya y Castillo Parra, 2006, p.309).

Estudiosos de la práctica profesional como Schön (1992) proponen poner al estudiante en contacto con la realidad a través del Practicum. Él lo define como

“Un Practicum es una situación pensada y dispuesta para la tarea de aprender una práctica. En un contexto que se aproxima al mundo de la práctica, los estudiantes aprenden haciendo, aunque su hacer a menudo se quede corto en relación con el trabajo propio del mundo real. (...) Se sitúa en una posición intermedia entre el mundo de la práctica, el mundo de la vida ordinaria, y el mundo esotérico de la universidad.” (p46.)

Esto implica que el aprendizaje, va más allá de la aplicación práctica del conocimiento teórico adquirido en el aula y del desarrollo de habilidades técnicas; supone pensar como un profesional, prepararse para desarrollar una competencia profesional. Para ello es necesario que se produzca una verdadera integración teórico-práctica, la incorporación del estudiante a los contextos clínicos, y la capacidad de reflexión de los alumnos.

Los planes de estudios que nacen para las titulaciones a partir de los acuerdos del Espacio Europeo de Educación Superior y su transformación desde Diplomaturas y Licenciaturas en Grados, se organizan para cada titulación a partir de los Libros Blancos. Estos, elaborados y avalados en España por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) describen para cada titulación en cada país, las directrices sobre las que cada Universidad debe reformular los planes de estudio. Así pues, para el Título de Grado de Enfermería, la ANECA elabora en 2005 el “Libro Blanco del Grado de Enfermería”. En referencia a la formación práctica, este documento reafirma el carácter central de la misma acorde a la filosofía del EEES entorno al aprendizaje por competencias y centrado en el estudiante. En su página 113, señala al respecto de la Estructura General del Título de Grado de Enfermería:

“La estructura básica de los contenidos formativos de los titulados/as en Enfermería de los países europeos y de nuestro país responde por lo general al siguiente esquema de contenidos:

Una formación básicamente teórica que comprende materias tales como ciencias básicas, psicosociales aplicadas, de la salud y de la propia ciencia enfermera (...).

Una formación teórico práctica que requiere que el estudiante realice y desarrolle las técnicas y procedimientos de cuidados enfermeros en situaciones clínicas simuladas (utilización de simuladores anatómicos, maniqués, etc.).

Una formación eminentemente práctica que permite a los estudiantes conocer a la Enfermería como disciplina y al mismo tiempo adquirir y desarrollar las competencias

52. ANDRÉS ROJO ROJO

profesionales específicas. Esta formación práctica responde a las prácticas clínicas que se realizan en hospitales, centros de salud y socio-sanitarios...”

La ORDEN CIN/2134/2008 establece los requisitos de los planes de estudios conducentes a la obtención del título de Grado de Enfermería y define las competencias que los estudiantes deben adquirir agrupándolas en tres módulos, el tercero de los cuales lo constituye en su mayor parte el Practicum. Según esta Orden, el Practicum supone el 35% (84 créditos ECTS) del total del plan de estudios para el Grado de Enfermería.

Si bien este número de 84 créditos ECTS, es un estándar para todas las titulaciones de Grado de Enfermería, cada titulación tiene la posibilidad de distribuirlos en los diferentes cursos según criterio. Así por ejemplo hay facultades que distribuyen estas horas de formación práctica a lo largo de los 4 cursos, y otras los concentran en el último.

En lo que respecta a la formación práctica de Enfermería en la Comunidad Autónoma de Murcia, los centros que imparten el Grado de Enfermería, abogan por la distribución creciente en tiempo y complejidad pudiendo resumir dichos itinerarios de la siguiente manera:

Itinerario UCAM (Plan Estudios 2008):

- **Segundo curso: Practicum I:** unidades o servicios donde se presten cuidados básicos a personas enfermas o dependientes: unidades de hospitalización, cuidados medios, etc.
- **Tercer curso: Practicum II:** plantas de hospitalización en servicios de Medicina Interna, Oncología, Traumatología, etc.; **Practicum III:** plantas de hospitalización en servicios de Cirugía: cuidados pre y postquirúrgicos.
- **Cuarto curso: Practicum IV:** unidades de cuidados especiales: Quirófanos, UCIs, Unidades de Reanimación, Puertas de Urgencias, Servicios de Urgencias (SUAP y 061), Unidades de Hemodiálisis; **Practicum V:** Centros de Salud de Atención Primaria; **Practicum VI:** Centros de Atención Especializada y Pruebas Especiales: Geriatría, Salud Mental, Pediatría, Maternidad, Partitorios, Consultas Externas, Laboratorios, Medicina Nuclear, Resonancia Magnética, etc.

Itinerario UMU. (Guía docente 2014-2015)

- **Segundo curso: Prácticas Clínicas I:** unidades o servicios donde se presten cuidados básicos a personas enfermas o dependientes: unidades de hospitalización, cuidados medios, etc.
- **Tercer curso: Prácticas Clínicas II:** plantas de hospitalización en servicios de Medicina Interna, Oncología, Traumatología, plantas de hospitalización en servicios de Cirugía: cuidados pre y postquirúrgicos, etc.
- **Cuarto curso: Practicum I:** Centros de Salud de Atención Primaria. **Practicum II:** Puertas de Urgencias, Servicios de Urgencias (SUAP y 061). **Practicum III:** Unidades de cuidados especiales Quirófanos, UCIs, Unidades de Reanimación. **Practicum IV:** Centros de Atención Especializada: Geriatría, Salud Mental, Pediatría, Maternidad, Paritorios, etc.

Estos itinerarios se plantean en forma de rotatorios de modo que no todos los alumnos que deben cursar el mismo Practicum se encuentran en periodo de formación práctica al mismo tiempo. Ahora bien, cada Practicum establece los periodos de rotación en el mismo momento, por lo que en un mismo centro sanitario, pueden encontrarse realizando formación práctica, alumnos pertenecientes a distintos Practicum y de distintas Universidades.

Si atendemos a que en el presente curso (2015/2016) según datos de la Facultad de Enfermería de Murcia, se han matriculado aproximadamente 346 alumnos en las universidades públicas de la Región de Murcia (226 Facultad Enfermería de Murcia, 70 Facultad Ciencias Sociosanitarias-Campus Lorca, 50 Escuela Universitaria Enfermería-UPCT) y aproximadamente el mismo número de alumnos en la UCAM, y que la tasa de promoción en la titulación se encuentra entre el 85-90%, según datos del Ministerio de Educación y Ciencia, nos deja que en este curso académico tienen que realizar prácticas en los centros socio-sanitarios de la Comunidad Autónoma de Murcia, un número estimado de 2200 alumnos de Grado en Enfermería, entre alumnos de segundo, tercero y cuarto de grado, de todas las instituciones que imparten docencia en Enfermería en la Comunidad Autónoma de Murcia.

54. ANDRÉS ROJO ROJO

Estas cifras son similares a las de años anteriores, y nos dan una idea de la demanda de tutores que las instituciones educativas realizan para con los centros sanitarios de la Comunidad Autónoma de Murcia.

Esta situación es especialmente particular en el caso de los servicios de hospitalización (traumatología, cardiología, urología, etc.), cirugía y medicina interna de los centros sanitarios. Y es que en estas unidades por la problemática que en ella se atiende y por la naturaleza comentada anteriormente de cada rotatorio de prácticas, se reciben alumnos de segundo y tercer curso, lo que representa en unos 1400 potenciales alumnos que pasarían por dichos servicios a lo largo de un curso académico, tanto de la universidad pública como de la privada.

En este sentido, entendemos por "*Demanda de Formación Práctica*" al número de alumnos que desde las universidades requieren hacer estancias clínicas en centros sanitarios, para cumplir con lo establecido para su nivel formativo. Puesto que la relación tutorial, como veremos posteriormente, se establece en relación uno-uno, es decir un alumno por cada tutor, para cubrir tal demanda se requiere una plantilla de enfermería igual o superior a dicha cifra, a lo largo de un curso. Por ello atenderemos a los recursos asistenciales que disponemos en los centros sanitarios de la Comunidad Autónoma de Murcia.

1.6 RECURSOS ASISTENCIALES PARA LA FORMACIÓN PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA.

Tal como hemos visto en apartados anteriores, el servicio sanitario público (el Sistema Nacional de Salud), tiene obligación de prestar sus instalaciones y su personal, al servicio de la formación de los profesionales sanitarios en general, en cualquiera de sus niveles formativos, independientemente de su procedencia: Grados Medios, Grados Superiores, o Grados Universitarios ya fueran estos centros de titularidad pública o privada.

En este sentido, en nuestro caso, queda sentado que toda la estructura del Servicio Murciano de Salud, se encuentra a disposición de los centros universitarios de la Comunidad Autónoma, para la formación de profesionales de enfermería. Los centros sanitarios de titularidad privada, con o sin ánimo de

lucro, pueden realizar distintos convenios con los centros universitarios para proporcionar servicio de formación a sus estudiantes. Por ello, son también tenidos en cuenta como recursos asistenciales para la formación práctica.

Si atendemos a los datos proporcionados por el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud de 2011 y los datos publicados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en su página web, la estructura sanitaria en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, se compone de:

- **Centros de Atención Primaria y Servicios Dependientes (UME, SUAP).**

Aquí distinguimos los centros de Atención Primaria y los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) y Servicios de Emergencias (UME-061) todos ellos dependientes del mismo órgano. Así pues, son 81 Centros de Salud de Atención Primaria con 186 consultorios asociados, y 817 profesionales de enfermería adscritos a estos Centros de Salud.

Respecto a la red de Servicios de Urgencia de Atención Primaria y Unidades Médicas de Emergencias, cuenta con un total de 27 SUAP y 17 UME (Unidad Médica de Emergencias) distribuidos por todo el territorio de la Comunidad Autónoma con un total adscrito de 319 profesionales de enfermería.

- **Centros de Atención Especializada:** aquí distinguimos entre centros Hospitalarios Generales y Centros de Especialidades. *Los Centros Hospitalarios* de los que dispone la Comunidad Autónoma de Murcia son 10 Hospitales Generales¹⁰ de Titularidad Pública, 9 Centros Hospitalarios Generales de titularidad privada y 1 centro perteneciente a las Mutuas de Trabajo y Enfermedades Profesionales (MATEP), sumando un total de 4392 camas, 3337 de titularidad pública y 1055 de titularidad privada. No obstante, la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, mantiene actividades concertadas con 7 de estos 9 los centros hospitalarios privados, para la realización de actos quirúrgicos, internamiento de enfermos o realización de pruebas diagnósticas.

¹⁰Los Hospitales Generales son aquellos que proporcionan atención especializada en el diagnóstico y tratamiento de variedad de patologías, que con frecuencia requiere el internamiento del paciente.

56. ANDRÉS ROJO ROJO

HOSPITAL	CAMAS ¹¹	PERSONAL ADSCRITO ¹²
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA	863	1132
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA	330	352
HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE DE LA REGIÓN DE MURCIA	105	112
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA MARÍA DEL ROSELL	273	492
HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR	164	114
HOSPITAL VIRGEN DEL CASTILLO	98	123
HOSPITAL RAFAEL MÉNDEZ	283	243
HOSPITAL J.M. MORALES MESEGUER	412	508
HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO	142	109
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA	667	*** ¹³
TOTAL	3337	3185

Tabla 3. Distribución de camas y personal de enfermería adscrito a ellos.

Si atendemos a los datos proporcionados por el Informe sobre Profesionales de Cuidados de Enfermería (IPCE), elaborado por el Ministerio de Sanidad, en 2012, se encuentran trabajando en los centros de Atención Especializada de titularidad pública de la Comunidad Autónoma de Murcia, un total de 4.007 enfermeras/os.

En cambio, según los datos del personal adscrito al Servicio Murciano de Salud, publicados en el BORM de 17 de diciembre de 2008, en estos centros hospitalarios, se encuentran trabajando un total aproximado de 3185 enfermeros/as. Ésta diferencia entre las fuentes, puede deberse a que en los datos aportados por el Ministerio de Sanidad, se contabilizan los cargos directivos y de gestión de los propios hospitales; en cambio, nosotros extraemos del BORM los datos relativos al número de enfermeros asistenciales que se encuentran en los centros.

¹¹ Datos procedentes de los datos publicados en la página web del Servicio Murciano de Salud, para cada centro sanitario consultado.

¹² Datos procedentes de la BORM 17 diciembre 2008, de publicación del personal adscrito a los centros sanitarios dependientes del SMS.

¹³ Datos no disponibles

Los datos de los centros privados, se desconocen puesto que no son de dominio público y el acceso a ellos se encuentra restringido por las autoridades de personal de dichos centros. No obstante, podemos estimar el número de profesionales que trabajan en éstos centros, atendiendo a razones y patrones poblacionales en el resto de España.

Como señala en mencionado IPCE, en España se encuentran trabajando un total de 226.914 enfermeros entre el sector público y privado; esta misma fuente nos proporciona el dato de que en el sistema sanitario público se encuentran trabajando 158.262 enfermeras, lo que nos deja la conclusión de que en el sistema sanitario privado español se encuentran trabajando 68.652 enfermeras/os lo que supone una razón de 2,3 enfermeros del sector público frente a cada uno del sector privado. Puesto que en Murcia, se encuentran trabajando unos 3185 enfermeros en el sector público, podemos estimar que en el sector privado trabajan unos 1305 enfermeros/as, lo que deja como personal asistencial de enfermería en la Comunidad de Murcia, un número aproximado de 4.500 personas.

Según los datos del Centro Regional de Estadística, los Centros Hospitalarios de Especialidades que dispone la Comunidad Autónoma de Murcia, son un Centro Hospitalario de Salud Mental de titularidad pública, dos Centros Hospitalización Salud Mental de titularidad privada, dos Centros Geriátricos de titularidad privada, dos Centros Geriátricos de titularidad privada benéfica¹⁴

Una vez identificados los recursos asistenciales con los que cuenta la red sanitaria, tanto pública como privada de la Comunidad Autónoma de Murcia, definiremos la Capacidad de la Red Asistencial para la Formación Práctica de Enfermería. Para ello, se ha tenido en cuenta las siguientes valoraciones:

- Que el entorno donde se van a realizar la formación práctica, sea adecuado para la consecución de los objetivos didácticos propuestos por el Practicum para cada etapa.

¹⁴Los Centros Sanitarios de Titularidad Privada Benéfica, son aquellos centros que perteneciendo a una organización privada, presta servicio sin ánimo de lucro. Son por ejemplo los centros dependientes de Instituciones como la Iglesia Católica y Organizaciones No Gubernamentales como la Cruz Roja.

58. ANDRÉS ROJO ROJO

- Que la presencia de estudiantes no altere el normal funcionamiento del servicio.
- Que, cada alumno será tutorizado por un profesional de enfermería perteneciente a la unidad o centro asistencial, durante su jornada laboral ordinaria.
- Así pues en los centros hospitalarios tenemos como unidades donde poder realizar prácticas clínicas la siguiente tipología de unidades:
 - **Unidades de Hospitalización General médica y/o quirúrgica.** Son unidades donde, distribuidos por patología médica, se atienden a pacientes de diversa índole. Tradicionalmente se ha distribuido los servicios de los distintos hospitales en función a las especialidades médicas u opciones terapéuticas, localizándose en espacios físicos adaptados al manejo de estos pacientes, como son plantas o alas en función de la arquitectura del hospital. En la actualidad, estos criterios se mantienen pero con cierta laxitud, atendiendo a criterios de distribución de recursos personales y materiales, de forma que se localizan conjuntamente enfermos que tradicionalmente hubieran estado en servicios y plantas distintas, como por ejemplo, un enfermo renal crónico en una planta de traumatología.
 - **Unidades Servicios Especiales.** Son unidades donde se proporciona atención especializada a pacientes con problemas específicos o que implican especial cuidado, como por ejemplo las Unidades Cuidados Intensivos, Reanimación, Unidades de Hemodiálisis y Puertas de Urgencias.
 - **Unidades Maternidad.** Son unidades donde se atiende a la mujer gestante, parturienta o con problemas de salud. Encontramos por tanto unidades de hospitalización maternal (pre y postparto), de cirugía ginecológica, unidades de parto y puerperio inmediato (paritorios, salas de dilatación, reanimación postparto, etc.) y puertas de urgencias específicas.
 - **Unidades de Pediatría:** son unidades donde se atienden a los niños (menores de 14 años), con problemas de salud, que requieren internamiento. Como en la hospitalización general, los “Hospitales

Infantiles” se encuentran distribuidas por patologías o niveles de atención, encontrando plantas de hospitalización y cirugía, unidades de cuidados especiales (Neonatos, UCI Pediátrica, etc.), consultas especializadas etc.

- **Otras Unidades:** en ellas aglutinamos todos aquellos servicios donde se proporciona una atención de enfermería a aspectos muy concretos o específico no requiriendo el trato continuo con el paciente. Son por ejemplo, las Consultas Externas, Hospitalización de Día, las Unidades de Análisis Clínicos, las Unidades de Radiodiagnóstico y Pruebas Especiales

De todas ellas, las plantas de Hospitalización General, son las que mayor volumen de alumnos soportan, puesto que en base a los cuidados que se realizan en ellas, y el perfil de los pacientes que se encuentran ingresados, son las que mejor se adaptan a los programas curriculares de los centros universitarios, pudiendo acoger por tanto, alumnos de 2º y de 3º curso. Esto supone que a lo largo de un curso académico podrán pasar por los servicios de hospitalización de los centros sanitarios de la CCAA Murcia, un total aproximado de 800 alumnos, (entre UMU y UCAM).

1.7. PERFIL DE LA ENFERMERÍA ASISTENCIAL EN MURCIA.

El espacio laboral puede ser una fuente de satisfacción y motivación para muchos profesionales en la medida que posibilita el sentido de pertenencia, la afiliación identitaria, o el desarrollo personal y profesional. También puede convertirse en un espacio no deseado por las agresiones que provoca. No todos los profesionales de Enfermería conviven en espacios que estimulen su creatividad o que proporcionen tiempo de reflexión. Fenómenos como el Burnout es frecuente en el colectivo enfermero (Molina Linde, Avalos Martínez y Giménez Cervantes, 2005)

Los rasgos identitarios de las organizaciones imprimen, en mayor o menor medida, un carácter específico en las prácticas profesionales, dictando en gran medida las dinámicas de trabajo.

60. ANDRÉS ROJO ROJO

Los Centros Hospitalarios y las distintas unidades en las que se componen, se comportan en sí mismas como organizaciones que responden a rasgos identitarios distintos entre sí. De esta forma cada centro sanitario, cada unidad dentro de un mismo hospital, presentan unos rasgos, características, creencias y prácticas no siempre coincidentes entre ellas. Rasgos que establecen normas tácitas, en ocasiones distintas al discurso oficial. Normas que dictan desde el tipo de relaciones que se establece entre los profesionales, la relación con los pacientes, a la forma de cuidar.

En Murcia, existen un total aproximado de 5.500 enfermeras registradas, trabajando para el Servicio Murciano de Salud, según las estimaciones que realiza el mencionado IPCE, en 2009. De ellas, aproximadamente 4000 se consideran Enfermeras de Cuidados Generales en Atención Especializada, lo que supone el 74% aproximado del total de enfermeras censadas; por el contrario 1.200 aproximadamente trabajan como Enfermeras de Cuidados Generales en Atención Primaria, lo que supone aproximadamente el 22% del total de enfermeras de la Región de Murcia.

Si atendemos a la demografía de esta población de enfermeras, obtenemos los siguientes datos:

			Nº profesionales	% sobre el total de profesionales enfermería	% mujeres	% mayores de 49 años	Efectivos / 1000 hab ²
España	Atención Especializada	Enferm cuidados generales	112.829	71,29%	86,08%	33%	2,4
Murcia	Atención Especializada	Enferm cuidados generales	4.007	73,92 %	77,94 %	26 %	2,7
España	Atención Primaria	Enferm cuidados generales	39.431	24,9%	79,2%	44,5%	0,84
Murcia	Atención Primaria	Enferm cuidados generales	1.177	21,71 %	63 %	47,8 %	0,8

Tabla 4. Datos Socio-demográficos profesionales Enfermería España/Murcia. Fuente IPCE 2009. Elaboración propia.

La pirámide poblacional del colectivo de enfermería en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, en el año 2009 se podría establecer en la siguiente tabla.

	hombres	mujeres
< 30 años	2,84	14,83
30-39 años	6,36	24,11
40-49 años	4,98	16,57
50-59 años	9,17	17,34
60-64 años	1,11	2,12
65 años o más	0,28	0,3

Tabla 5. Distribución proporción por género-edad Enfermería CC.AA Murcia. 2009. Fuente IPCE-2009.

Si tenemos en cuenta la historia de la formación en la profesión de enfermería, (a la cual dedicaremos un apartado más detenidamente), no es a partir de 1977 cuando se inicia la “formación universitaria” de Enfermería; es decir, todos aquellos profesionales que se formaran en España con anterioridad a 1977 obtuvieron una formación enfermera según la normativa del Ayudante Técnico Sanitario (ATS), de 1953. Puesto que los estudios de enfermería, se iniciaban con 18 años¹⁵, nos deja que en la actualidad todos aquellos mayores de 55 años se formaron bajo las directrices de los planes de estudio del ATS, siendo la última promoción oficial de ATS la que egresó en 1980, siendo este mismo año la primera de Diplomados Universitarios de Enfermería.

No obstante como señala Carmen Domínguez Alcón (1986), en su ya clásico *Los Cuidados y la Profesión de Enfermería en España*, no es hasta entrada la década de los 80, cuando se unifican los estudios de diplomatura en todo el territorio nacional. Del mismo modo esta autora comenta que el cambio de planes de formación y de denominación en la profesión de enfermería, no supuso una ruptura “radical” con los planteamientos anteriores, más al contrario, este proceso fue paulatino y desorganizado dependiendo de cada escuela universitaria. Así por ejemplo en los primeros años, la formación de las diplomadas/os en enfermería seguía en manos del colectivo médico mayoritariamente. No es hasta

¹⁵ Entendemos que la mayor parte de los alumnos que inician sus estudios de Enfermería, lo hacían y lo hacen con una edad entorno a los 18 años.

62. ANDRÉS ROJO ROJO

final de los 80 (1987 concretamente) y principios de los 90, cuando se comienza a vislumbrar un perfil formativo distinto en los planes de estudio de Enfermería.

Con estas matizaciones, podemos suponer que aquellas personas que tienen más de 50 años, y que por tanto iniciaron sus estudios antes de 1987, disponen de itinerarios formativos similares, en concreto a lo que la formación práctica se refiere, con valores y actitudes similares. Esto nos deja que en la CC.AA de Murcia, cerca del 30% de los profesionales podría presentar este perfil formativo; es decir aquellas personas que iniciaron su formación entre finales de la década de 1970 y los primeros años de 1980, vivieron un periodo bisagra en la formación de enfermeras en el contexto nacional: de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) a Diplomado Universitario en Enfermería). Y como veremos posteriormente, este periodo se caracterizó por una formación similar a la del ATS. (Domínguez Alcón, 1986; German Bes, 2006)

En otro orden de cosas, la actual situación de crisis económica y sus efectos derivados de las políticas de ajuste presupuestario, llevadas a cabo por las distintas administraciones, tiene como efectos directos los despidos, la baja contratación y la disminución de salarios y como efectos indirectos el incremento de cargas de trabajo, aumento del estrés laboral y presencia dificultades para ofrecer cuidados asistenciales de calidad. Así vienen siendo denunciadas por Asociaciones Colegiales Profesionales (Consejo General de Enfermería, CECOVA, Colegio Oficial de Enfermeros de Tarragona), Organizaciones Sindicales (como SATSE) y estudios independientes, a lo largo de toda la geografía española.¹⁶A estos factores se suman efectos negativos para la motivación, tradicionalmente recogidos en los estudios motivacionales de la población enfermera (Antance, 1997; Moreno, Garrosa y González, 2000; Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle y Dominguez, 2004;) como la escasa capacidad de promoción profesional, el escaso reconocimiento por parte de los superiores, etc.

¹⁶ El Consejo General de Enfermería, cifra en 20.000 despidos o “no renovaciones” de puestos de trabajo de enfermería entre principios de 2012 y finales de 2013; las organizaciones sindicales denuncian precariedad en las contrataciones (contratos por días o semanas), etc.

Estas situaciones en suma como apuntan determinados estudios, (Molina y cols, 2005) hacen que el personal de enfermería viva con preocupación, hastío, desencanto y desmotivación su labor profesional, especialmente en los contextos hospitalarios, especialmente entre aquellos profesionales con edades superiores a 40 años.

La satisfacción profesional constituye el primer indicador de calidad de vida laboral, y las distintas definiciones que diversos autores han aportado desde presupuestos teóricos no siempre coincidentes, reflejan la multiplicidad de variables que pueden incidir en la satisfacción laboral (Molina y cols, 2005): factores estructurales del mercado de trabajo, las circunstancias y características del propio trabajo y las individuales de cada trabajador condicionarán la respuesta afectiva de éste hacia diferentes aspectos del trabajo.

1.8. FIGURAS DE REFERENCIA EN LA FORMACIÓN PRÁCTICA DEL PREGRADO DE ENFERMERÍA.

A la hora de afrontar la formación práctica de los alumnos de pregrado de enfermería, podemos encontrar distintas figuras o agentes que han de colaborar e interactuar para conseguir el adecuado final: la realización de unas prácticas satisfactorias para los alumnos con alto potencial de aprendizaje.

Podemos identificar dos tipos de agentes, en función de su procedencia y dependencia jerárquica. Tenemos por tanto:

- a) *Agentes propios de la Institución Sanitaria.* Son personas dependiente de los centros sanitarios donde realizan su labor asistencial o de gestión. Encontramos por tanto, los Coordinadores de Docencia de los Centros Sanitarios, los Supervisores de los distintos servicios asistenciales, y los Enfermeros asistenciales-tutores de dichos servicios. A continuación detallaremos las actividades que realizan cada una de estas figuras.

El Coordinador/Supervisor de Docencia de Enfermería del centro.
Entre sus funciones se encuentran:

64. ANDRÉS ROJO ROJO

- Gestionar los recursos docentes del centro, tanto materiales como personales.
- Distribuir los alumnos asignados al centro entre los profesionales-tutores disponibles.
- Establecer y mantener el contacto institucional entre el centro sanitario y el centro universitario, a fin de comunicar incidencias, sugerencias o alteraciones del proceso formativo.
- Velar por el cumplimiento de las normas de comportamiento de los alumnos en prácticas durante su estancia en el centro.

Los Supervisores de Enfermería de las Unidades Asistenciales. Son los responsables jerárquicos de la enfermería asistencial en el servicio. Se encargan principalmente de la gestión de recursos materiales y personales de la unidad con el fin de conseguir los objetivos asistenciales del mismo. Respecto a su papel en la formación práctica se encuentra:

- Establecer los turnos de trabajo del profesional asistencial-tutor.
- Transmitir al Coordinador/Supervisor de Docencia, aquellas incidencias relacionadas con la formación práctica: accidentes, ausencias, etc.
- Velar por el cumplimiento de las normas de comportamiento de los alumnos en su estancia en la planta o unidad.
- Comunicar al Coordinador/Supervisor el número de personal asistencial que cumple labores de tutorización de alumnos.

Los enfermeros asistenciales-tutores de las unidades. Son profesionales de enfermería que se realizan su labor profesional como enfermeros en un servicio o planta propios del centro sanitario. Es por tanto un Profesional de Enfermería que asume voluntariamente la responsabilidad del aprendizaje práctico clínico de uno o más estudiantes en su ámbito de trabajo, planificando y coordinando dicho aprendizaje y siendo un referente y un soporte pedagógico para el estudiante durante su estancia en el Centro. A ellos dedicamos este

estudio. Por eso trataremos sus funciones y características más detenidamente en capítulos próximos.

Respecto a sus funciones se encuentran:

- Acompañar al alumno a lo largo de su estancia en el centro
- Servir de referente en la formación práctica
- Evaluar al alumno en el cumplimiento de los objetivos prácticos propuestos.
- Comunicar al Supervisor de la Unidad cualquier incidencia relacionada con la formación práctica de los alumnos.

Respecto a la condición para ser tutor, basta decir por ahora, que tanto el Código Deontológico de la Enfermería Española, en su artículo 71, como las normas comentadas con anterioridad, consideran implícita la función docente del personal asistencial, de forma que más que hablar de la voluntariedad del rol como tutor, es preciso hablar de la “No Disposición” a ejercer como tal, puesto que todo personal de las instituciones sanitarias públicas o concertadas, se consideran tutores potenciales.

No obstante, la formación como docente en los planes de estudio, es nula, desarrollándose esta función desde la experiencia previa, la intuición o las concepciones personales sobre qué y cómo debe ser la formación práctica.

- b) ***Agentes propios de la Institución Educativa.*** Son personas dependientes de las universidades, responsables de la elaboración y puesta en marcha de los programas de formación práctica. Son por tanto los responsables últimos de la formación práctica de los alumnos. Podemos identificar distintas figuras como la Unidad de Prácticas de Enfermería, el Profesor Responsable del Practicum o de la Formación Práctica, el Profesor-Supervisor del Practicum.

La Unidad de Prácticas de Enfermería o la Comisión de Formación Práctica. Es el órgano gestor por antonomasia de la formación práctica en el grado de enfermería. Entre sus funciones se encuentran:

66. ANDRÉS ROJO ROJO

- Distribuir a los alumnos en los distintos servicios ofertados para la formación práctica de los alumnos.
- Gestionar las matriculaciones de los alumnos.
- Gestionar y establecer los objetivos que se persiguen con la realización de los distintos niveles de formación práctica.
- Establecer relaciones con los Coordinadores de Docencia del Hospital en relación a los recursos humanos (tutores) disponibles para la formación práctica de los alumnos.

El Profesor Responsable del Practicum. Es la responsable directo de la formación práctica de los alumnos. Entre sus funciones se encuentran:

- Realizar la adecuada evaluación del cumplimiento de los objetivos planteado en el Practicum por parte de los alumnos.
- Establecer los mecanismos de evaluación: documentos de trabajo de los alumnos, informe de los tutores, informe de los alumnos...
- Proponer actividades de aprendizaje y evaluación de la formación práctica de los alumnos.
- Hacer cumplir las normas de régimen interno del comportamiento de los alumnos durante la formación práctica.
- Realizar las visitas a los centros sanitarios para contactar con los agentes dependientes de la institución sanitaria: Tutores, Supervisores y Coordinadores Docencia.

El Profesor-Supervisor del Practicum. Son los responsables de la visita a los centros sanitarios y contactar con los agentes de la institución sanitaria. Con frecuencia son los mismos que el profesor responsable del Practicum.

De las relaciones entre todos estos elementos, tendremos como resultado una adecuada planificación de la formación práctica. Si analizamos en profundidad el rol que juegan cada uno de estos elementos, todos salvo el tutor, responden a actividades de

planificación, gestión, evaluación y aspectos formales del proceso de formación práctica.

Es al tutor al que corresponde la tarea de la formación de los alumnos. En este sentido, el tutor de enfermería se convierte en un docente clínico. Es de la labor de éste actor de la que depende todo el proceso. Por ello, las actividades del resto de agentes pueden ser inútiles desde el punto de vista formativo, si la labor del profesional asistencial como tutor no es apropiada. Es igualmente el punto más débil de esta cadena, pues a menudo aprecia esta tarea como un sobre esfuerzo carente de recompensa adecuada y carece de la formación apropiada para ello.

CAPITULO 2. EL PRACTICUM.

CONTENIDO

2.1 Estudio descriptivo del Practicum

2.1.1 Aproximación terminológica.

2.1.2 El Practicum Educativo.

2.1.2.1 . El Practicum como solución a la dicotomía teoría-práctica.

2.1.2.2 El Practicum como desarrollador de Competencias

2.1.3 Divergencias entre el discurso y la realidad del Practicum.

2.2 La Formación Práctica en Enfermería. El Practicum en Enfermería.

2.2.1 Antecedentes Históricos de la Formación Práctica de Enfermería.

2.2.2 La Formación Práctica durante la Diplomatura de Enfermería.

2.2.3 El Practicum en el Grado en Enfermería.

“La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar”.

Florence Nightingale (1875)

CAPITULO 2. EL PRACTICUM.

2.1 ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL PRACTICUM

Que la formación práctica, el Practicum, es una materia troncal de importancia decisiva en la comprensión del mundo laboral y el campo profesional de los estudiantes de enfermería, no constituye hoy día ninguna revelación. Al menos así está recogida en decenas de documentos que manifiestan este mismo parecer (Tejada y Ruiz, 2013; Zabalza, 2013).

La formación en enfermería no se entiende sin la formación práctica. Todos los colectivos de enfermería, (considerando como tales al personal que desarrolla labores asistenciales, gestoras o docentes) consideran que este periodo de formación es fundamental pues proporciona al alumno la capacidad de relacionar los conocimientos adquiridos en la teoría con la práctica real.

Hablar de Practicum es hablar de Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), pues si bien, la formación práctica en Enfermería se remonta a los mismos inicios de la formación como enfermera, este término se registra en los planes de estudios, a partir de la entrada en vigor del EEES. Por eso merece la pena realizar a modo de síntesis una pequeña introducción para saber de dónde venimos y a dónde vamos.

En consonancia con la filosofía del EEES, la sociedad exige a la Universidad la preparación de futuros profesionales que van a incorporarse al mundo laboral, para desarrollar su labor de la forma más competente posible. En este sentido el Practicum asume una importancia innegable en dicha formación. (De Vicente, 2006)

2.1.1 Aproximación terminológica al Practicum.

Formación Práctica, Prácticas de Empresa, Prácticas Externas, Prácticas Clínicas o Practicum, son conceptos considerados como sinónimos pero que presentan ciertos matices. Cada uno de estos términos ha sido acuñado en la formación de distintas disciplinas; así por ejemplo en las profesiones sanitarias se

72. ANDRÉS ROJO ROJO.

habla de “Prácticas Clínicas” mientras que en las profesiones psico-educativas, se habla tradicionalmente de “Practicum”.

Como nos comentan Villa y Poblete (2004), el término Practicum viene apareciendo en los planes de estudios de las disciplinas universitarias, desde principios de los noventa. Así por ejemplo, en 1990, con relación a los planes de estudio de Licenciado en Psicología, el BOE, (RD 1428/1990) recoge esta definición:

“Practicum: conjuntos integrados de prácticas a realizar en centros universitarios o vinculados a la Universidad por convenios o conciertos que pongan en contacto a los estudiantes con los problemas de la práctica profesional...”

Esta misma definición se puede encontrar en documentos similares publicados en el BOE, relativos a los planes de estudio de distintas disciplinas, como Biblioteconomía (BOE nº 243, 10/10/1991), Pedagogía, Psicopedagogía (BOE nº 206, 27/08/1992) y otras muchas.

Sea cual fuere la denominación, la característica común es la inclusión del alumno en el contexto laboral real. Como comenta el profesor Zabalza (2004), todas estas denominaciones, pretenden establecer una alternancia o complementación de los estudios académicos con la formación en los centros de trabajo.

Lobato Fraile (1996), considera al Practicum como un

“...espacio de interconexión entre Universidad y Sistema Productivo a través del cual se contribuye a desarrollar en los futuros profesionales conocimientos, habilidades y actitudes propias de un desempeño profesional, por medio de su implicación en las actividades profesionales en contextos y condiciones reales, para la consecución de un mayor grado profesional” (p.11).

Sea cual fuere la denominación empleada se espera que el periodo de formación en el centro laboral, *“sirva para que los futuros profesionales vean, compartan, cuestionen, aprendan nuevos conocimientos haciendo, nuevas formas de comportarse, de enfrentarse a problemas y, fundamentalmente, puedan llegar a sentirse un poco profesionales”*. (Marcelo, 1996, p.15)

De la multitud de conceptualizaciones sobre la formación práctica, en cualquiera de sus denominaciones, como nos señala Ventura Blanco (2005), podemos apreciar dos corrientes distintas y hasta cierto punto opuestas. De un

lado aparecen aquellos que consideran el Practicum como la oportunidad para que los alumnos “apliquen” lo aprendido en los contextos académicos y su inclusión en el contexto laboral, como una forma de socializarse con el entorno profesional.

De otro lado, aparecen aquellos que consideran el Practicum como un espacio donde “aprender” nuevos conocimientos a través de la acción. No se trata tanto de la mera aplicación de lo aprendido, sino de aprender a través de la acción.

Referente en esta segunda corriente es Donald Schön, cuando afirma impresiones como

“...Cuando un estudiante se mueve a través de un Practicum, frecuentemente se interroga a sí mismo sobre qué es lo que va a aprender, si es un aprendizaje valioso, cómo puede aprenderlo mejor y si el Practicum representa adecuadamente las realidades de la práctica. Lo más normal es que no resuelva tales cuestiones de una vez por todas, sino que progresivamente llegue a ver las cosas de un modo diferente con nuevos significados. Configura su posterior aprendizaje a través de la elaboración de respuestas a la siguiente pregunta: ¿qué estoy aprendiendo?” (Schon, 1992, p.35).

En relación al aprendizaje y el Practicum, resulta interesante incorporar una atención especial a cómo aprenden y actúan las personas a través de la práctica y las vivencias acaecidas durante la misma (alumnos y profesionales), motivo por el cual desarrollaremos un capítulo posteriormente.

Tras la entrada en vigor de las reformas desarrolladas a partir del EEES, la denominación Practicum se ha comportado como un término hegemónico. Lejos de apreciaciones terminológicas, cada una de estas denominaciones encierran aspectos a tener en cuenta, tal y como señala el profesor Zabalza (2003), como el carácter formativo que tiene, la posición de la materia frente al resto de componentes curriculares de los programas formativos, su filosofía, sus objetivos, los recursos destinados a ello, las personas que se encargan de su desarrollo y evaluación, etc.

Es por tanto sustantivo, determinar qué aporta el Practicum o las prácticas, a la mejora del resto de asignaturas del Plan de Estudios y en qué se benefician de

74. ANDRÉS ROJO ROJO.

ellas, cómo se complementan la docencia teórica y práctica desarrollada en la Universidad y la que se les ofrece a los alumnos en los centros de trabajo; cómo se evalúan las prácticas y que peso se les concede en el conjunto de la acreditación.

En función de esto, Zabalza (2013, p.23) considera que existen distintos Modelos de Practicum:

- **Practicums orientados a la aplicación real de lo aprendido en los centros de formación:** completar la formación básicamente teórica recibida en los centros académicos con aplicaciones prácticas en situaciones reales. Como para poder llevar a cabo esas actuaciones “pre- profesionales” se precisa haber recibido toda la formación académica es por lo que suele situarse el Practicum al final de la carrera.

Ya Price (1987) (citado por Zabalza, 2013), nos apunta esta idea, (él lo refiere a la Formación de profesores) podríamos definir el Practicum de la siguiente manera:

“Aunque resulta difícil establecer una síntesis de los propósitos del Practicum que resulte universalmente aceptable y aplicable a todas las carreras, existe un acuerdo bastante considerable en que su principal propósito reside en unir teoría y práctica proporcionando a los alumnos en formación oportunidades bien estructuradas y supervisadas para que puedan aplicar y contrastar los conocimientos, habilidades y actitudes que han ido adquiriendo en sus estudios dentro del campus universitario a situaciones reales del mundo del trabajo y de las organizaciones”. (Zabalza, 2013, p.23)

- **Practicums orientados a facilitar el empleo.** El objetivo básico es facilitar el conocimiento mutuo entre aprendices y empleadores o empresarios. Se trata de una especie de “periodo de prueba” en el cual ambas partes se evalúan y ven la posibilidad de proceder a una incorporación de los aprendices a la plantilla de la empresa. Con frecuencia, esta intención no aparece de forma explícita en el proyecto de prácticas, pero queda claro en esa especie de “contrato tácito”. Los alumnos o “aprendices” prefieren ir a hacer las prácticas a centros de trabajo en los que tengan posibilidad de quedarse como trabajadores o profesionales. Para los empresarios es un intercambio interesante pues

les permite seleccionar más fácilmente, con mejor conocimiento y a menor costo a sus trabajadores.

- **Practicums orientados a completar la formación general recibida en el centro de formación con una formación especializada en el centro de trabajo.** El objetivo básico, es legitimar una formación especializada que resultaría, por su naturaleza práctica, su contenido técnico y su sentido contextual (aplicable en unos escenarios de trabajo específicos) poco viable o eficaz en los centros de formación. A este tipo de modalidad pertenecen los bien conocidos modelos MIR (médicos), PIR (psicólogos), etc. Pero también los periodos en empresas especializadas en otros ámbitos profesionales una vez acabada su carrera (ingenieros, economistas, abogados, etc.). Este trabajo “pre-profesional” en escenarios reales significa la posibilidad de especializarse en el ámbito concreto y especializado de esa firma. Por eso suelen estar ubicados tras realizar la carrera.
- **Practicums destinados a enriquecer la formación básica complementando los aprendizajes académicos (teóricos y prácticos) con la experiencia (también formativa, es decir vinculada a aprendizajes) en centros de trabajo.** Esta es la idea curricular que les da sentido y desde la que se justifica su extensión a muchas carreras. Se entiende que la presencia de los estudiantes o aprendices en los centros reales de trabajo está destinada a enriquecer su conocimiento de la profesión y les va a ofrecer la oportunidad de ampliar sus aprendizajes, sobre todo prácticos pero también teóricos, en situaciones propias de la profesión para la que se preparan.

Existe una gran variación en cuanto a los formatos organizativos en que se llevan a cabo este tipo de Practicums (durante la carrera o al final de la misma, en módulos intensivos o de forma diseminada, en un único centro de trabajo o rotando por varios, etc.). Sin embargo, resultan más aportadoras (al menos en esta dimensión formativa) las prácticas en empresas que van intercaladas a lo largo de la carrera. Sólo en esa ubicación están en condiciones de enriquecer el desarrollo de las

76. ANDRÉS ROJO ROJO.

materias académicas y éstas de ayudar a interpretar la práctica. Se produce por tanto un enriquecimiento mutuo.

La realización de una formación práctica en ambientes laborales reales, implica una serie de ventajas, como señala Zabalza (2003) para las tres partes implicadas en el proceso: empresa, alumno y los centros de formación. De ellas, nos centraremos en el beneficio para el alumno y la empresa, al parecer obvios los beneficios para los centros de formación.

- **Aportaciones de las Prácticas a las Empresas**

Como el mismo Zabalza, señala, la realización de prácticas formativas en empresas, por parte de alumnos en periodo formativo, parece no tener una recompensa clara. Y es que como nos recuerda el autor las empresas no son ONGs ni tienen entre sus objetivos la formación de alumnos. Generalmente las empresas no reciben contraprestación económica por la presencia de los alumnos en sus instalaciones, y el uso de tanto medios materiales como humanos (profesionales), salvo aquellos que se puedan contemplar en los diferentes Convenios que se pudieran suscribir entre empresas y centros formativos.

Sea cual fuere, existe un fuerte componente “altruista”, tanto en los centros laborales como en los distintos profesionales que se brindan a aportar su tiempo como formadores, aunque realmente carezcan de ese objetivo a priori.

Ahora bien, el propio Zabalza, destaca aspectos que en ocasiones se alejan de este “altruismo empresarial” a la hora de recibir alumnos en prácticas. Y es que Enfermería no es ajena a este fenómeno. En ocasiones los alumnos son aprovechados para resolver “problemas puntuales” en las empresas, especialmente en lo relativo a demandas de personal (bajas laborales, ausencias temporales, periodos estivales, etc. En este aspecto es donde más críticas reciben las empresas al usar como “mano de obra barata”, a los estudiantes, ya que estos no obtienen remuneración la labor realizada.

En la historia reciente de la Enfermería Española, se han dado casos de esta índole, según reflejan documentos históricos a los que haremos mención más tarde. No obstante, los acuerdos marco por los que se

rigen actualmente las relaciones entre Universidades y Centros Asistenciales, durante la realización de prácticas formativas, recuerda expresamente, el carácter formativo, y no laboral de la presencia de alumnos en los centros.

- **Aportaciones de las Prácticas a los alumnos.** Si atendemos a la filosofía comentada, los alumnos son los principales beneficiados de la realización de prácticas formativas en contextos laborales. Podemos condensarlas en los siguientes puntos:
 - Les sirve para aproximarse al mundo real y a la cultura de la profesión en que quieren integrarse. El hecho de vivir durante un periodo de tiempo con los otros trabajadores o profesionales de la empresa sirve de oportunidad para vivir sobre el terreno las dinámicas de la institución, los modos de relación entre las personas, los estilos de poder propios de esa empresa, la cultura empresarial en suma.
 - Sirve para llevar a cabo experiencias formativas que son nuevas y distintas a las que se trabajan en el aula, bien porque no existan recursos, o porque el objeto de aprendizaje se preste a aprendizaje práctico más que a la explicación teórica (destrezas, habilidades, actitudes, etc.)
 - Ayuda al alumno a tomar conciencia de lo que sabe y lo que desconoce (metacognición), de modo que la formación práctica puede servir de motor del aprendizaje. Esto no solo es extensible a conocimientos, sino a disposiciones, actitudes o habilidades. Es por tanto un importante recurso de motivación. Es especialmente relevante las aportaciones al ámbito de las actitudes y características personales que el Practicum proporciona al alumno. Manejar las inseguridades, manejo de la carga emocional, análisis vocacional, etc. tiene un papel crucial el Practicum.

Las prácticas deberían servir, sobre todo, para crear incertidumbre y disonancia cognitiva en los estudiantes de manera que después se vieran forzados a buscar respuestas, a revisar estereotipos o a

78. ANDRÉS ROJO ROJO.

relativizar principios más pertinentes en contextos académicos que en la acción profesional real. (Zabalza, 2006; 2013)

Los planteamientos docentes actuales, emanados del EEES consolidan la idea de que los contenidos académicos o teóricos no bastan para explicar la realidad profesional. El cambio de concepto de objetivos docentes a competencias modifica la filosofía de formación. Otros elementos como la capacidad de trabajo en equipo, la capacidad de compromiso ético con la profesión, la capacidad de idear y emprender, etc. son también valores sustanciales con la buena formación, todos ellos virtualidades del Practicum.

2.1.2. El Practicum Educativo.

Como veíamos anteriormente, el Practicum, tiene distintas concepciones. En ocasiones parte de estas concepciones se encuentran incluidas en el armazón de creencias, tanto de docentes universitarios, como del resto de profesionales, que en algún momento han realizado prácticas en empresas. Todos tienen una concepción de lo que significa el hacer prácticas que proviene desde la experiencia propia, desde la reflexión o de ambas.

En estas concepciones, podemos identificarnos como incluidos en alguna de las categorías comentadas anteriormente respecto al Practicum: como introductor al mercado laboral, como lugar donde aplicar el conocimiento aprendido en el aula, o como lugar donde poner en juego el aprendizaje teórico y experimentar nuevo conocimiento a partir de la práctica. Como comenta Darreche , Ordeñana y Beloki (2011) la materia Practicum, posee gran potencialidad para la profesionalización de los alumnos en formación.

Este último es el que desde los ámbitos pedagógicos se considera como Practicum Formativo. Esta es la verdadera esencia y vocación del Practicum, y la fundamentación que se encuentra en multitud de documentos oficiales y planes de estudios.

Caride (1999) citado por Esteban Calvo afirma respecto al Practicum:

“Sus finalidades, han de ser formativas, sus modos de concretarse y vivenciarse pedagógicos sus experiencias declaradamente orientadas a un aprendizaje diversificado y complejo (saber, saber hacer, saber ser...), “socializador” en la

intervención teoría-praxis, texto y contexto para la formación integral (no solo académica o profesional) de nuestros alumnos, sus "prácticas" significativas para la cualificación académica y los objetivos que se explicitan en dada titulación". (Caride 1999, p. 246)

Se entiende pues el Practicum como el modo de superar la dicotomía clásica entre teoría y práctica, pues en él el alumno es capaz de reflexionar una a partir de la otra.

Esta capacidad de vincular la teoría y la práctica en un espacio único con entidad propia, es defendida por distintos autores. Así por ejemplo, Sáez Carreras (2003) afirma que *"con el Practicum lo que la institución educativa busca, es trascender la condición académica de la formación para convertirse en el medio relacional y articulación de la Universidad con la Comunidad a la que forma"*. (p.131).

En esta línea, Tejada nos recuerda que el Practicum debe ser considerado como un

"espacio de intersección, integración y encuentro de la teoría y la práctica, desde el enfoque de las competencias. (...), hemos de fijar y propiciar las condiciones para tal fin. Esto nos catapulta hacia una articulación particular del mismo, desde su fundamentación hasta su organización, desarrollo y evaluación". (Tejada, 2005, p.15)

Zabalza (2004) considera que para que el Practicum se considere integrado en el currículum y en el Plan de Estudios de la titulación, como un eje vertebrador de la formación de los profesionales, éste debe cumplir con una serie de condiciones que lo articulan:

1. **Formalización del programa de prácticas.** Esta primera condición se refiere a que exista un proyecto, y que ese proyecto esté escrito y sea público de manera que cuantos estén implicados en él conozcan de qué se trata y sepan los compromisos que asumen. Algo que no depende del día a día, de lo que impongan las circunstancias o de la creatividad y generosidad que las personas que participan en su desarrollo.

Una escasa formalización del proceso del Practicum, en opinión de Zabalza tiene como consecuencias:

80. ANDRÉS ROJO ROJO.

- a. que no se tenga claro el sentido formativo del Practicum (no están claros o al menos no son explícitos los propósitos u objetivos del mismo).
- b. que nadie se haga responsable de sus desajustes y por tanto no podamos tener una orientación clara sobre cómo resolverlos;
- c. que no estén claros los compromisos de los agentes formadores (universidad y centro de trabajo) que participen en el desarrollo del Practicum. Así pues, cada uno puede reinterpretar su papel o simplemente renunciar a ese compromiso con la formación. A las empresas e instituciones que participan en el programa llegan los estudiantes de prácticas sin que unos y otros sepan claramente qué es lo que se supone que se va a hacer allí.

2. *La integración del Practicum en el proceso global de la carrera.* El Practicum constituye, en muchas ocasiones, un segmento aislado e independiente de la carrera. Algo que forma parte de la misma pero que mantiene vinculaciones débiles con el resto de los componentes curriculares. Con ello se pierde la posibilidad de lograr alguna de las funciones formativas básicas que antes hemos atribuido al Practicum: la posibilidad de establecer nuevos referentes que ayuden a decodificar los contenidos teóricos de las materias. Ya no enriquece los aprendizajes de las otras materias de la carrera ni, a la vez, aprovecha lo que se ha ido aprendiendo en éstas para sacar más partido al periodo de estancia en la empresa.

3. *Las fases en las que está establecido.* El Practicum, debe estar configurado en sus distintas fases, identificando sus núcleos de contenido formativo. Con frecuencia se tiende a ver el proceso del Practicum como un lapso de tiempo continuo en el que los alumnos se adaptan a las circunstancias de los centros laborales y adquieren los contenidos exigidos. Sin embargo, el Practicum debe ser progresivo; en dos aspectos:

- a. La necesaria progresividad del Practicum cuando está distribuido en diferentes cursos de la carrera. En ese caso, habría que buscar

una cierta simetría entre las cuestiones que los alumnos van estudiando en la Universidad y los departamentos por los que van rotando. Dejando, obviamente, aquellos que abordan procesos más complejos para el final.

- b. La progresiva autonomía una vez insertado el alumno en el centro laboral, pasando por un periodo inicial de aproximación y observación, para pasar a situaciones de colaboración en las fases intermedias y llegar en la medida de lo posible a momentos de intervención directa y autónoma por parte de los alumnos en las actividades del centro laboral.

En resumen, Zabalza (2013), considera que un Practicum funciona mejor como experiencia educativa, si se encuentra vinculado a procesos de innovación de los centros de trabajo; si está bien planificado, es decir, si están previamente identificados los contenidos y las competencias a desarrollar durante las prácticas, así como la parte correspondiente a cada institución; si en los centros de prácticas hay personas responsables de la formación y con competencias para desarrollarla, es decir, si el centro posee tutores preparados para atender a los aprendices; si están reforzadas las estructuras de coordinación y existen sistemas de supervisión y se han creado estructuras nuevas encargadas del mantenimiento y mejora del Practicum en su conjunto.

Por su parte, Pérez y García (2001) consideran que los elementos clave que conforman un modelo de calidad de Practicum, son las relaciones que se establecen entre los profesionales de los centros asistenciales y los profesores de la universidad; la orientación práctica del currículum teórico y el fomento en los alumnos de un sentido reflexivo-crítico dándoles técnicas que les permitan observar la realidad y ejercer sobre ella una actitud reflexiva e indagadora propiciando así una doble interrelación teoría-práctica: por un lado que los alumnos dispongan de juicios para estudiar, analizar e interpretar la realidad y por otro que sean capaces de transferir a la teoría los resultados de esa reflexión práctico-indagadora, siendo igualmente de importante el desarrollo de cierta capacidad de intervenir en esa realidad, lo cual vendrá dado además por otros procesos formativos y de maduración profesional del estudiante en práctica.

Estos elementos aluden a la existencia de una estrecha relación entre la escuela y la universidad, a una colaboración entre el tutor del centro asistencial, el supervisor de la universidad y el estudiante en prácticas y a una fuerte conexión entre la teoría, abordada en los cursos de la Facultad, y la práctica real.

2.1.2.1. El Practicum como solución a la dicotomía teoría-práctica.

Como hemos visto, las prácticas durante la formación universitaria, pueden entenderse como situaciones didácticas a través de las cuales el alumno se aproxima y sumerge en el mundo real; este mundo real posee un potencial formativo hacia el alumno muy superior a las “prácticas” realizadas en laboratorios, talleres o simulaciones.

En la lógica tradicional de la formación, la justificación de las prácticas se caracterizan por lo que su propio nombre indica: poner en práctica los conocimientos adquiridos a lo largo de la formación teórica, permitiendo establecer una relación entre actividades teóricas y prácticas, otorgando al conocimiento teórico el fundamento de los principios que guían la acción y la práctica. (Estebaranz y Marcelo, 1998). Cuando los alumnos realizan sus prácticas de cuidados, éstas comportan “practicar” el rol de enfermera, en un espacio profesional real, en el que van a aplicar los cuidados que en la formación teórica han adquirido. Esta es la lógica dominante de la formación práctica, en todos los estamentos: alumnos, profesores y profesionales sanitarios.

Ahora bien, como señalan distintos autores (Zabalza (1990), Estebaranz y Marcelo (1998) esta forma de entender la formación práctica deviene en una separación de facto entre teoría y práctica, pues aunque parezca una relación correcta, la lógica de la Racionalidad Técnica (Schon, 1992), impone la existencia de dos estamentos, uno que elabora el conocimiento (investigadores) y otro que lo aplica (profesionales). Con frecuencia esta separación es apreciada en la práctica en lo que Car y Kemmis (1988) denominaron “Dicotomía Teoría-Práctica”, patente en aspectos como las distintas formas de afrontar los problemas cotidianos por parte de los profesionales de lo que los profesores universitarios forman. Esta realidad es observada por los alumnos en formación. Esta separación es “aprehendida” por los alumnos, que asumen como lógica la

existencia de estos dos mundos; de manera que en cada uno de ellos se ajustan a lo que se espera de ellos.

En este sentido, conviene recordar brevemente la clásica distinción aristotélica entre teoría y práctica. El concepto de Praxis en sentido propio, según Aristóteles, se refería a todas las actividades del hombre libre, el actuar responsablemente; significaba la formación del carácter de la persona dentro de la esfera de la acción humana. La Praxis aristotélica, como señala Bárcena (2005), implica pensamiento y decisión, juicio crítico sobre la forma de proceder y consecuentemente actuar.

Por otro lado, Gadamer (2007), contrapone esa Praxis a la Poiesis, es decir, al hacer concreto que obtiene un resultado inmediato. La Poiesis, el hacer, solo tiene valor al final de la realización, en cambio la Praxis tiene valor en sí misma y cumple su función incluso aunque el resultado inmediato no se logre mediante la acción.

Esta disertación clásica puede contribuir a comprender mejor hoy el valor de la práctica, y la necesaria articulación entre pensamiento y acción, entre teoría y práctica. Igualmente, estas disquisiciones dadas ya en el 250 aC, son las reproducidas en la clásica distinción de Practicum y Prácticas Clínicas. El Practicum como hemos visto anteriormente hace referencia a la idea aristotélica de Praxis.

Una de las características de la Formación Práctica, tradicionalmente es que los estudiantes realizaban prácticas profesionales con el fin de aplicar teoría aprendida en la Universidad (Schon 1987; Jarvis, 2006). Con frecuencia en palabras de Jarvis (2006), los estudiantes no aplican la teoría, sino que utilizan como ayuda la información adquirida en el aula; esta información es tratada como una hipótesis que puede funcionar en la práctica.

En consecuencia cuando vuelven a la Universidad, hay que utilizar métodos nuevos de enseñanza acerca de lo aprendido en las prácticas, cómo ayudarles a reflexionar acerca de lo aprendido en prácticas, como ayudarles a reflexionar sobre la práctica, a criticar los informes de investigación habituales basados en su propia experiencia práctica, etc.

Frente a esta concepción tradicional de la formación práctica, distintos autores identifican la existencia de un modelo alternativo, donde se “Integre” la

teoría y la práctica, de manera que se atienda de una manera integral el proceso de producción del conocimiento. Se establece por tanto una relación dialéctica entre teoría y práctica. Autores como Marcelo (1995), Contreras (2003) y Zabalza (2003) entre otros, apuntan por la necesidad de este modelo de Practicum, advirtiendo de que éste solo se consigue mediante la “reflexión” del alumno acerca de las vivencias vividas en el contexto real, durante su formación práctica. Sobre todos estos planteamientos realizaremos disertaciones más profundas en próximos capítulos.

2.1.2.2. El Practicum como desarrollador de Competencias.

Recientemente y como consecuencia de las modificaciones del EEES, las competencias han adoptado un papel preponderante en la formación superior.

No se trata de un término nuevo en lo que a la formación se refiere. La idea de competencia en educación, de formación por competencias, ya fue usada en la década de los setenta, bajo un enfoque conductista de la educación y focalizado en las demandas del mercado laboral sobre los futuros desarrolladores de los puestos de trabajo. Así se consideró como un enfoque de la formación hacia el trabajo. (Weigel, Mulder y Collins, 2007)

El Proceso de Bolonia, supone un relanzamiento de estas ideas, y basa la formación en el concepto de “Competencia” (Cano, 2005) Sirva como resumen, decir, que este término ha sido considerado por muchos autores, como confuso, difuso y poco claro a la hora de abordar la formación de los alumnos.

Si atendemos al origen del concepto de competencia en educación, distintos autores (OIT, 2004; Martínez Juárez, 2009) sobre el tema, señalan a McClelland como uno de los autores centrales que llegó a la conclusión de que las medidas de inteligencia y personalidad así como las pruebas sobre contenidos de conocimiento no resultaban útiles para predecir la actuación o el éxito laboral. Se consideraba por tanto, que la persona debía disponer de una serie de atributos o características para desempeñar una función laboral determinada.

Proveniente de este enfoque es lógico reconocer la definición de competencia como: *“una característica subyacente en una persona, que está causalmente relacionada con una actuación exitosa en un puesto de trabajo”* (Boyatzis,

1982, citado por González Maura, 2002). Similares definiciones encontramos en autores como Bunk (1994), cuando señala que la competencia es el “...conjunto de conocimientos, destrezas y aptitudes necesarias para ejercer una profesión, puede resolver problemas profesionales de manera autónoma y flexible, y está capacitado para colaborar con su entorno profesional y en la organización del trabajo...” (p.9)

Del mismo modo, Leboterf (2000), afirma respecto a la competencia afirma que “Si la competencia es indisociable de su puesta en marcha, su ejercicio es necesario para que se mantenga. Las averías, los incidentes, los problemas o los proyectos son oportunidades necesarias para el mantenimiento y el desarrollo de las competencias” (p. 18).

El Practicum se comporta como el lugar ideal donde entran en juego las competencias, puesto que el alumno aparte de aprender la forma en que los profesionales actúan para resolver las situaciones reales, el alumno tendrá que poner en juego todo su bagaje para solventar las situaciones que se le plantean. El Practicum no pretende por tanto, la acción imitativa del alumno, ni la observación, sino más bien, que el alumno movilice las competencias que dispone, los recursos que le son propios por formación y/o experiencia previa y que le harán ser “competente” para solventar una situación real. Se trata de un aprendizaje a través de la acción directa.

Independientemente de las críticas que haya suscitado y/o suscita el planteamiento de la formación por competencias, no cabe duda de que se trata del paradigma dominante en la formación superior actualmente. Este paradigma ha surgido consecuencia de la asunción de la insuficiencia de la formación inicial y el fuerte protagonismo del aprendizaje a lo largo de la vida para el ejercicio y desarrollo profesional, (Tejada, 2013) ambas lógicas motivacionales del EEES.

Según este autor, las consecuencias de esta lógica de la formación por competencias son:

- En los procesos de formación basada en competencias, los procesos de aprendizaje deben orientarse a la **acción participante**; es decir, las situaciones reales son situaciones de aprendizaje. Pasar del “saber” a la “acción” tiene un valor añadido para el alumno.
- La acción debe desarrollarse en contextos profesionales reales. Las competencias son adquiridas de manera más eficaz, eficiente y efectiva

en situaciones prácticas que en contextos educativos. Como comenta Levi-Leboyer (1997), la formación en el contexto de trabajo es superior a cualquier tipo de formación, por cuanto *“las experiencias obtenidas de la acción, asunción de responsabilidad real y del enfrentamiento a problemas concretos, aportan realmente competencias que la mejor enseñanza jamás será capaz de proporcionar”* (Levy-Leboyer, 2003, 27).

- La experiencia es ineludible para la adquisición de las competencias y las competencias pueden ser adquiridas a lo largo de la vida. Las competencias son mutables, cambiantes a partir del desarrollo de nuevas tecnologías, y estrategias profesionales. Por tanto, lo interesante no es formar en la competencia como capacitación. Es fundamental enseñar a los alumnos a aprender de la propia experiencia, a través de la reflexión, como una forma de mantener la competencia en continuo dinamismo.

Entonces, parece claro que la práctica posee un valor educativo en sí mismo, puesto de manifiesto en el Practicum. ¿Eso significa que debemos exponer a los alumnos a cualquier experiencia de aprendizaje?. Como se puede intuir la respuesta es, no. Autores como Levi-Leboyer (2003) nos apuntan que las experiencias a propiciar con afán formativo a los alumnos, deben atender a dos aspectos como son la dificultad y el desconocimiento. Así pues como comenta Tejada, cuando una actividad plantea dificultad y es desconocida es susceptible de tener un valor en el desarrollo de competencias.

Ahora bien, el grado de dificultad y desconocimiento debe estar en consonancia con aspectos educativos y personales. Es decir, se hace preciso que el alumno al afrontar este proceso disponga de:

- Conocimientos suficientes acerca de lo que se va a encontrar en el contexto práctico, y bagaje “teórico” suficiente para reconocer lo que tiene frente a sí.
- Capacidad de reflexión y extracción de conclusiones a partir de las experiencias vividas.
- Capacidad de autocrítica y metacognición por parte del alumno.

Es decir, el Practicum debe mostrarse para poder ser educativo, interaccionado con el resto de materias, propiciando niveles de experiencia en consonancia con el nivel de desarrollo cognitivo y personal del propio alumno.

Se puede considerar por tanto como un eje básico para orientar el programa de formación del alumnado (Medina Moya, 1999). El Practicum es la asignatura más “profesionalizadora” del Plan de Estudios de una disciplina, pues en ella integra la dimensión teórica, técnica y práctica además de socializar a los futuros profesionales.

2.1.3. Divergencias entre el discurso y la realidad del Practicum.

Pese a todo lo comentado hasta ahora, muchas de las virtualidades reconocidas en los apartados anteriores sobre la formación práctica y el Practicum, queda en muchas ocasiones, sobre el papel (Bas, 2005). Según esta autora, el Practicum, pese a estar recogido en muchos planes de estudios como Materia Troncal, es poco valorado como tal, continuando la tradicional impresión de carácter aplicativo de lo enseñado en la teoría o cuando menos accesorio a las materias más “teóricas”. Igualmente critica extensamente el escaso eco que estas bondades del Practicum tiene para la formación de profesionales:

“...Su objetivo de integración e interconexión del conocimiento para responder a las necesidades sociales y laborales que se presentan en el ejercicio profesional es una constante en los documentos publicados por los organismos internacionales y nacionales. Posiblemente se escriba mucho pero se lea poco, y, aún se lleve menos a la práctica, de aquí lo repetitivo de estas ideas y el escaso eco que parecen tener en las políticas universitarias y en algunas prácticas académico-docentes-profesionales.”
(Bas Peña, 2009, p. 150)

Como señala Zabalza (2003), no todos los centros educativos, están convencidos del que el gran esfuerzo que implica la organización, seguimiento y evaluación del Practicum valga la pena.

Como señalan Medina Moya y do Prado (2009), es especialmente relevante esta situación en aquellos claustros que mantienen un enfoque más académico y centrado en las asignaturas, en donde se consideran que los periodos de formación práctica se encuentran inconexos de la teoría, que tienen un carácter accesorio, o que son sencillamente una “pérdida de tiempo”.

88. ANDRÉS ROJO ROJO.

En este sentido, Bas Peña,

El desafío consiste en hacer realidad las proclamas teóricas, carecemos de políticas públicas que posibiliten su realización con calidad (políticas públicas y universitarias sobre su organización y desarrollo en la universidad y fuera de ella, con financiación, profesionales comprometidos y cualificados en la universidad y en las instituciones receptoras de alumnado en prácticas...), que promuevan la vinculación entre disciplinas y mundo laboral, para evitar el inicio de la desprofesionalización (Sáez, 2003) desde la formación inicial. (Bas Peña, 2009, p. 150).

Esta actitud crítica mostrada por esta autora, es sustentada por autores como Zeichner (1990), Caires y Almeida (2000), Zabalza (2011), puntualizando cuatro aspectos importantes en la articulación del Practicum, como los bajos niveles de estructuración, indefinición del papel de las universidades en la profesionalización de su alumnado, inadecuado acompañamiento y deficiente articulación entre la universidad y el mundo del trabajo. (Zabalza 2013).

En este sentido, queremos destacar las palabras de Zabalza, al considerar la

“... predominancia de los aspectos organizativos sobre los curriculares, que se manifiesta en algunos de los puntos débiles de buena parte de los proyectos de prácticas: a) escasa atención a los contenidos de aprendizaje; b) sistemas de evaluación superficiales; c) sistemas de supervisión y tutoría marginales en el proceso y muy heterogéneos en su enfoque; d) falta de interacción curricular del Practicum con el resto de materias de la carrera.” (Zabalza, 2013, p. 14)

2.2 LA FORMACIÓN PRÁCTICA EN ENFERMERÍA.

2.2.1 Antecedentes Históricos de la Formación Práctica de Enfermería. Formación práctica durante la época del ATS.

Como hemos comprobado anteriormente, la formación práctica en contextos reales, (el Practicum o cualquier otra denominación que se quiera adoptar), tiene un reconocido impacto en la formación de profesionales y en la formación superior, en las últimas décadas.

La formación como enfermera, cuidadora, sanadora, etc. ha estado ligada por grandes periodos de la historia de la profesión al aprendizaje en la acción, sin

apenas una formación teórica, regidas por la observación, la transmisión oral y prácticas intuitivas o imitativas. Esta es la conclusión que podemos extraer a partir de las impresiones de los distintos autores que han estudiado la evolución histórica de los cuidados y la formación enfermera.

“... El aprendizaje empírico se transformó en gremial para sanadores, herbolarios, practicantes y matronas en el medio rural, y en universitario para médicos, cirujanos y boticarios en las urbes...” (German Bes, 2006, p.56)

Si bien, no existen referencias directas al respecto, el hecho de que durante siglos, la práctica de los cuidados se encontrara ligada a aspectos como la caridad, el deber religioso, la cotidianeidad domiciliaria y “la mujer cuidadora”, (German Bes, 2006; Hernández Conesa 1995, Alberdi 1997, Colliere, 1993) nos hacen suponer que la formación de enfermería se rigió durante decenios por la transmisión oral, la observación (German Bes, 2006, p.31) y lo que ahora consideramos formación práctica exclusivamente regida por parámetros de lo que ahora denominamos “Aprendizaje por Descubrimiento” o “Aprendizaje en la Acción”.

Como señalan algunos autores, la formación práctica ha estado vinculada al devenir y el comportamiento mismo de los profesionales de cada época. Así por ejemplo autores como Castillo Parra (2007), argumenta que a lo largo de la historia existen numerosos antecedentes de construcción de la profesión enfermera, que sin duda mantienen huellas hasta el día de hoy tanto en el desempeño profesional como en la formación universitaria. Esta autora destaca el rol de “sumisión” como ejemplo destacado de esta afirmación. Y es que según comentan autores como Colliere (1993) o Hernández Conesa (1995) desde principios de la Edad Media, hasta finales del siglo XX con la incorporación de las enfermeras a la Universidad, la práctica enfermera y su formación estaba dominada por valores como la obediencia, la docilidad y la servidumbre, a los estamentos considerados superiores (supervisores, médicos, etc.).

Como comenta Donahue (1985), las primeras escuelas de enfermería creadas allá por el siglo XIX, tenían como concepción de buena estudiante aquella que “hacía lo que se le mandaba”, siendo evidente que la alumna que hacía demasiadas preguntas caía en la categoría de “personalidad inapropiada para la enfermería”, cuya consecuencia era la expulsión de la escuela.

90. ANDRÉS ROJO ROJO.

No obstante, como señala Castillo Parra (2006), estas concepciones pueden seguir presentes implícita o explícitamente en la formación profesional, especialmente, en las relaciones tutor- estudiante en el desarrollo de las prácticas clínicas, desarrollándose pues, una relación entre el alumno y su tutor de prácticas como una relación vertical y unidireccional, en donde el estudiante asume una posición inferior a su tutor, tanto por su falta de conocimientos, como por su inexperiencia en esa área específica de enfermería, en donde el tutor es quien posee el saber para poder actuar, aunque estos aspectos serán tratados en otros capítulos.

Sin alejarnos tanto en el tiempo, sería interesante conocer los cambios que la formación práctica ha llevado a cabo recientemente, lo que nos obliga a establecer unas notas introductorias acerca de la formación de enfermería en el pasado siglo XX, por ser éste el periodo en que los historiadores coinciden en el nacimiento de la profesionalización y la formación reglada de la Enfermería.

La formación de Enfermería, en el mundo y especialmente en España, ha girado en torno a la propia historia del país y específicamente a la condición femenina de la profesión; como señala Alberdi Castell (1999), la dualidad historia-feminidad ha marcado de manera evidente el desarrollo profesional y disciplinar en forma que perduran sus efectos hasta el momento actual.

La Creación de la primera escuela de Enfermería se data en el año 1896, en Madrid, de mano del Dr. Federigo Rubio y Gali, (la Escuela de Enfermeras Santa Isabel de Hungría en el Instituto de Terapéutica Hospitalaria), a imagen de las surgidas en Inglaterra de mano de Florence Nigthingale (Domínguez Alcón, 1986).

En el reglamento de este centro, se recogen aspectos que nos orientan sobre el tipo de formación práctica que se llevaba en el centro:

“A las ocho de la mañana, la nueva interna a quien corresponda la guardia y las dos externas, se ocuparán en curar a los enfermos ordinarios, servir las prescripciones y tener todo dispuesto para la visita clínica”

“A las nueve horas, visita. La enfermeras tanto internas como externas, compartirán el trabajo de levantar los apósitos y curar los enfermos bajo la dirección del Profesor y llevar las libretas de medicinas y alimentos” (Quintairos Domínguez, 2008, p.97)

Tras la Guerra Civil Española (1936-1939), la formación de enfermeras paralizadas por la contienda, fue canalizada por Falange Española.

Durante años la Enfermería continúa con mínimos cambios en sus estudios y en la práctica profesional, hasta 1953. En esta fecha, se constituye el Proyecto para la Transformación de las Profesiones Sanitarias, que unificó las profesiones de enfermera, matrona y practicante, bajo la denominación genérica de ATS. Este hecho por un lado contribuyó a unificar y estandarizar los planes formativos, pero por otro lado, estableció una diferenciación de sexos en la formación de enfermeras, si bien, en 1955 se prohíbe por orden ministerial la coeducación de alumnos de ambos sexos en las escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios. (German Bes, 2006; Negrillo y Calvo, 2008)

Con esta normativización de una forma progresiva y especialmente al mediados de la década de los setenta, proliferan sobremanera las distintas Escuelas de ATS Masculinos (ATSM) como Escuelas de ATS Femenino (ATSF), de distintas titularidades: Escuelas Oficiales, pertenecientes a Facultades de Medicina, Escuelas de la Seguridad Social o propias de los Hospitales, las Escuelas de las Diputaciones o Provinciales, y Escuelas Privadas pertenecientes a entidades religiosas o laicas (Cruz Roja), o a clínicas privadas.

Según Montoliu (1978), citado por Germán Bes (2006, p.74), en el curso 1977-1978, había en España 199 Escuelas de Enfermería, de entre todas las titularidades. Tal variedad de escuelas y filosofías, haría que la formación estuviera lejos de ser uniforme, especialmente en lo relativo a la formación práctica de los ATSM.

Se formaron entonces escuelas masculinas y femeninas con una marcada heterogeneidad de sus contenidos de enseñanza, desapareciendo prácticamente los que son propios de enfermería y siendo sustituidos por contenidos médicos. Se estableció una docencia desigual en función del género: las “escuelas femeninas” se ubicaban normalmente en hospitales clínicos, priorizando la formación práctica y los valores de abnegación, sumisión y docilidad como valores propios de la mujer y profesionales como enfermera (Almansa, 2005). En general todas las escuelas de ATSF, tenían el internado como obligatorio, mientras que los varones no eran sometidos a dicho requisito. Estos internados estaban destinados, no solo a cubrir las actividades propias del cuidado de enfermería

92. ANDRÉS ROJO ROJO.

sino a asegurar la vida ordenada y casi clerical de las estudiantes (Ferrerons, 1995).

En los estudios de ATS había un matiz importante de “formación en el trabajo”. Trabajando se aprendía lo que se necesitaba para, pasado un tiempo realizar exactamente la misma función como trabajador asalariado. La estudiante de enfermería sabía que llevaría un uniforme diferente pero haría de “enfermera” desde el primer día de clase. Según versa la Orden sobre la Organización de los Planes de Estudios de los Ayudantes Técnicos Sanitarios, de 1956¹⁷, (citada por Quintairos Domínguez, 2008) independientemente del tipo de escuela que se tratase (femenina o masculina), en primer curso,

“se destinarían cuatro horas diarias como mínimo, a técnica de cuidado de los enfermos y conocimientos de material de laboratorio”

En el segundo curso, la formación práctica,

“se destinarán seis horas diarias en clínicas médicas y quirúrgicas y laboratorio”

En el tercer y último curso de la titulación,

“se destinarán seis horas diarias en clínicas hospitalarias correspondientes a todas las enseñanzas del curso”

Posteriormente, autores como Montoliu (1978, citado por German Bes, 2006), señalan respecto a la formación de los ATS del momento, que

“... puesto que el enfoque que se da en ellas (en las Escuelas de ATSF), además del tanto de culpa que corresponda a los programas oficiales de estudio, como es eminentemente práctico, a la vez que se inculca a los estudiantes un sentimiento de “abnegación”, “dulzura”, “espíritu de sacrificio” y otra serie de tópicos relativos a la profesión de enfermera”. (Montoliu, 1978, en German Bes, 2006, p 227)

Durante tres años las alumnas de enfermería realizaba las mismas actividades que la enfermera asalariada, se contaba con ella en los hospitales como “mano de obra barata” (Ruiz Elvira, 1977 citado por German Bes, 2006) y es

¹⁷ Obsérvese que la regulación de las enseñanzas son posteriores al inicio de la aprobación de las mismas; esto nos da una idea del grado de improvisación con el que se desarrollaron.

que con las prácticas las enfermeras consideraban que cubrían puestos de trabajo en menor medida formaban a las futuras enfermeras.

Según esto, de forma gradual la estudiante de enfermería, mediante la observación y la mecanización de las pautas de trabajo de las enfermeras de los distintos servicios en los que se encontraba realizando prácticas, ésta se convertía en cuasi-enfermera. Si bien su nivel de responsabilidad era menor, que la del profesional, las cargas de trabajo eran similares, asumiendo tareas en función del grado de nivel en que se encontraba.

Según recoge German Bes en tercero las alumnas realizaban

“... ocho horas diarias de dedicación práctica. Las vacaciones anuales comprendían un mes, quince días del cual eran seguidos. Cada semana tenían un día libre de práctica ...” (German Bes, 2013, p. 67)

Esta situación de cuasi-profesional, generó a finales de los setenta (junio 1976 hasta 1977), movimientos estudiantiles en contra de la situación que las enfermeras vivían entonces, y entre estas situaciones, contra estas prácticas no remuneradas, exigiendo que las prácticas se tutelaran, especialmente en tercer curso, cuando las alumnas gestionaban enteramente servicios hospitalarios, ante la falta de personal cualificado. Estos movimientos fueron denominados por los diarios de la época como la “Revolución de las Batas Blancas”, por realizarse estas protestas con el vestuario de trabajo.

Las alumnas en prácticas eran vistas como una ayuda por parte de las enfermeras, ya que por un lado aliviaban las cargas de trabajo. No podemos olvidar que especialmente a partir de la década de los 70, España sufre un cambio demográfico y social importante, lo que hace crecer en España el número de hospitales, y sufrir una necesidad imperiosa de enfermeras tituladas, por lo que algunos centros utilizaban a las alumnas de enfermería pertenecientes a las Escuelas de ATSF, internas en los propios hospitales, como mano de obra, especialmente en su tercer curso, donde como veíamos anteriormente eran consideradas como una trabajadora de enfermería más.

Así por ejemplo, como señala German Bes (2013), la apertura de la Escuela de Enfermeras en el Hospital San Juan de Dios de Barcelona, fue recogido así en los medios:

94. ANDRÉS ROJO ROJO.

“ es destacable la próxima inauguración en enero de 1973, de la Escuela de Enfermeras- ATSF,... este nuevo centro docente vendrá a aliviar el problema que padece Barcelona por el déficit de personal sanitario cualificado, al tiempo que será una fuente de la que se nutrirá el propio hospital...” (La Vanguardia 29/11/1972)

Esta misma autora, cita en otra de sus obras a Ruiz de Elvira (1977) (en German Bes, C. (2006)) y señala respecto de la formación de las ATSF

“...Las enfermeras fueron obligadas a cursar estudios por espacio de tres años en régimen de internado en las escuelas de enfermería ya existentes o que se fueran creando, con una serie de prácticas obligatorias en las que se incluían hasta guardias nocturnas, que han supuesto una explotación confesada incluso por Organismos Oficiales, de las estudiantes de enfermería como mano de obra, no ya barata, sino a la que se le exige además el pago de cantidades importantes por gastos de matrícula, derechos de prácticas, pensión alimenticia, habitación, uniformes, etc., etc., explotación que ha estado en el origen de importante conflictos entre estas estudiantes y sus instituciones docentes”. (Ruiz Elvira, 1977, p 21)

Durante la formación del ATS, especialmente de las enfermeras en los centros hospitalarios, aquellos profesionales que ejercían la labor de “monitor” la realizaba con un alto afán docente, pues se aseguraban con ello la formación y socialización de un más que probable compañero futuro, ya que las tasas de desempleo eran muy escasas. Ambos factores contribuían a la motivación por parte de los trabajadores de los servicios en formar adecuadamente a los alumnos. Entendemos por adecuadamente, una formación destinada al adquirir las competencias y exigencias del puesto de trabajo, especialmente las derivadas del cumplimiento de las normas de trabajo y la competencia técnica.

Del mismo modo, los alumnos mostraban un interés acorde a esta más que probable contratación futura, por lo que se aseguraban de seguir las pautas, e instrucciones de funcionamiento del servicio, y protocolos de actuación de una forma en cierto modo acrítica.

Y es que pasado un tiempo, la estancia en los centros asistenciales, en los servicios, hacía que el alumno dominase las “rutinas” y cuidados del mismo, casi del mismo modo que un profesional, sin embargo, la repetición y la imitación como medios de aprendizaje, oculta con frecuencia una profunda ignorancia sobre cómo, por qué y para qué. Y es que como veremos posteriormente, la acción

irreflexiva a través de la imitación, es precisamente un anti-aprendizaje; para que la acción sea realmente formativa, precisa de un componente “reflexivo” en quien la realiza. (Castillo Parra, 2006).

2.2.2. La Formación Práctica durante la Diplomatura de Enfermería.

La integración como enseñanza universitaria de derecho pleno se produjo en 1977, con el Real Decreto 2128 Integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería, siendo la primera promoción entre 1977 y 1980. Los movimientos sociales de finales de los setenta, condujeron al nacimiento de la Diplomatura de Enfermería, así como a la composición de un Colegio Oficial de Enfermería, que aglutinaba a tres perfiles profesionales diferenciados hasta el momento: Practicantes, Enfermeras y Matronas.

La formación del Diplomado, arranca con las mismas pautas respecto a la formación si bien se dan cambios formales de cierta importancia con la modificación del plan de estudios, se mantienen las mismas estructuras de las escuelas de ATSM y ATSF. Entre estos cambios se encuentran la inclusión de materias de corte social y psicológico, y la reducción de los periodos de formación práctica. Igualmente se asegura formalmente el rol de estudiante por parte de los alumnos en formación práctica en los centros sanitarios, como respuestas a las reivindicaciones antes comentadas.

Estos cambios generan una crisis en muchos docentes, que no pueden entender una formación profesional con tan reducidas prácticas respecto a los periodos anteriores (Domínguez Alcón, 1986). La reducción de los tiempos de formación práctica, obliga a pensar en las prácticas como un ente formativo en sí mismo, no solo como una actividad aislada de la formación teórica; se lo ha de dotar de objetivos formativos, justificados en los Planes de Estudios. (Quintairós Domínguez, 2008) Y es que comienza a surgir la duda en los colectivos docentes, de si la permanencia en los centros laborales, realmente garantizaba el aprendizaje y que aprendizaje se producía.

Pese a este nuevo resurgir de la Enfermería, y la asunción de parte de las demandas emanadas años antes, distintos autores (Domínguez Alcón, German

Bes, Martí, entre otros) ponen de manifiesto la subordinación existente en la profesión y en los nuevos planes de estudio a la disciplina médica; así por ejemplo la docencia (especialmente de las materias teóricas, consideradas nucleares de la profesión) era llevada a cabo por médicos, mientras que la formación práctica era llevada por enfermeras; los puestos de dirección y gestión de las Escuelas Universitarias de Enfermería, se mantenía en manos del colectivo médico, por poner algunos ejemplos.

La categorización de Enfermería como “Diplomatura” y no como “Licenciatura”, es considerada por algunos autores, como una maniobra que da respuesta a dos fines; de un lado evitar el acceso de los profesionales al Segundo Ciclo de la formación y con ello a la posibilidad de proporcionar formación y acceder al Tercer Ciclo Formativo: el Doctorado. Del otro lado la configuración como Diplomatura convierte a la Enfermería en una profesión con marcado carácter Técnico, con capacidad y conocimientos suficientes para la aplicación de conocimientos biomédicos. (Monpart, 2004)

Como un reflejo de que la situación cambió sobre el papel pero no en el fondo, lo supone el hecho de que a finales de la década de los setenta y principios de los ochenta, las enfermeras contratadas por las universidades con carácter docente, lo hacían en calidad de “profesores no numerarios”, como monitores de talleres o laboratorios, sin responsabilidad docente. (German Bes, 2006)

No es hasta mediados de los años ochenta, cuando se experimenta un cambio real en la formación de Enfermería. El nacimiento de los Departamentos o Áreas de Enfermería, junto con la modificación de la ley universitaria, (transitoria cuarta, Ley Reforma Universitaria 1984) permite que los profesionales de enfermería, así como otras profesiones consideradas diplomaturas o técnicos, como los Trabajadores Sociales, impartieran docencia universitaria a pesar de no ser un grado superior de la administración educativa. Esta situación abrió las puertas de la formación a los profesionales de enfermería, que ahora sí podrían formar a sus propios profesionales.

German Bes, recoge las palabras de los doctores Sumoy y Ponseti, al referirse a la formación de enfermeras en los periodos anteriores a los cambios normativos del Diplomado:

“En la actualidad la mayoría de nuestras escuelas se encuentran dotadas de profesorado médico, que no ha recibido ninguna formación especial para el ejercicio de la docencia en enfermería. Ello determina que las enseñanzas impartidas se limiten a una explicación resumida de las materias que el médico estudió en medicina, lo que impide formar adecuadamente a nuestras enfermeras” (Sumoy y Ponseti, 1973, en German Bes, 2006, p. 227)

Los cambios vividos en la titulación de Enfermería, especialmente a lo largo de los años posteriores a 1985, con la entrada en vigor de la LRU y la reforma de los planes de estudios, hacen que la Diplomatura de Enfermería, cimente su formación, en nuevos planes de estudio, impartidos en un número cada vez creciente de profesionales de enfermería, con contenidos más centrados en los objetivos de la profesión, que en la formación de profesionales “paramédicos” como en épocas anteriores.

Esta situación de “ruptura” con la anterior situación, hace que se infravalore o se desprecie la formación práctica en detrimento de la formación academicista o teórica, en un esfuerzo por obtener el reconocimiento de la comunidad científica.

En este sentido, autores como Medina Moya (2005) y Campillo y cols (2012), muestran una actitud crítica de este proceso de incorporación de la Enfermería al mundo universitario. Y es que estos autores, manifiestan que a la hora de la planificación de las enseñanzas y currículos de Enfermería, éstas siguieron unidas en cierto sentido a la corriente médica, subyugando los contenidos y la organización de las materias a ésta visión biomédica de la persona. Así pues, Campillo y cols (2011), apuntan que las “profesiones menores o pseudoprofesiones”¹⁸, en su deseo por adoptar el estatus científicos de las “profesiones mayores o verdaderas”, asumen la Racionalidad Técnica como epistemología práctica verdadera.

Es destacable, la apreciación de Medina Moya (1999; 2005; 2006; 2009), Schon (1992; 1998) y Benner (1984, 2000), entre otros, en relación a la idea de

¹⁸ Sociólogos de la profesión clásicos como Freidson, Abbott y Gardner entre otros, consideran que existen dos grupos de profesiones en base a criterios como la autonomía, la influencia social y el ejercicio poder, de manera que solo existen como profesiones verdaderas el Derecho, la Medicina y Clero; el resto de profesiones no alcanzan este estatus y buscan conseguirlo por prestigio social.

98. ANDRÉS ROJO ROJO.

“Racionalidad Técnica”. Y es que como destacan estos autores, los currículos de Enfermería han sido planificados desde el punto de vista positivista, propio de la ciencia médica, de manera que los currículos fueron diseñados a imagen de ésta. De esta manera, se establece primeramente un periodo teórico, con materias troncales, para posteriormente destinar un periodo práctico.

La Racionalidad Técnica es una concepción epistemológica de la práctica heredada del positivismo, por cuyos principios se la regido la mayor parte de las disciplinas científicas, especialmente hasta finales del siglo pasado. Como nos recuerda, Latorre Beltrán (1992) entre los rasgos de la RT, destacan:

a) la separación entre medios y fines. La solución de los problemas se reduce a un procedimiento técnico que se mide por su eficiencia para lograr objetivos preestablecidos.

b) la separación entre teoría y práctica. La teoría se erige en soporte y orientación de la práctica.

c) la separación entre investigación y práctica. Esta última queda reducida a la mera aplicación de las teorías derivadas de la investigación a los problemas y técnicas cuya validez viene refrendada por criterios de objetividad del método científico. (Latorre Beltrán, 1992, p. 119)

Bajo esta lógica, el práctico es un usuario del saber, un experto artesano que lleva a la práctica los conocimientos teóricos. Así a la práctica se le reconoce un valor de rango inferior a la teoría. (Usher, 1991, citado por Latorre Beltrán).

En esta perspectiva la formación de los profesionales suele sujetarse a una jerarquía de conocimientos tal y como se verticalizan, a través de los currículum, en los centros de formación. En este sentido, Schön (1998) señala, que

“el currículum normativo, adoptado en las primeras décadas del siglo XX, cuando los profesionales comenzaron a adquirir prestigio al integrarse las Escuelas de Formación en la Universidad, todavía abraza la idea de que la practica competente llega a ser práctica profesional, cuando la solución de problemas instrumentales se asienta en el conocimiento sistemático preferiblemente científico. Así, el currículum profesional normativo, presenta las ciencias básicas relevantes, después las ciencias aplicadas relevantes y finalmente la práctica en la que se supone que el alumno

aprende a aplicar el conocimiento basado en la investigación a los problemas de la vida” (Shon, 1998, p40).

Bajo la lógica positivista, la realidad es una y de su estudio permite generalizar resultados. La razón se convierte de este modo en un “instrumento” al servicio de la búsqueda de la verdad. Es lo que Horkheimer denomina “razón instrumental positivista” (Contreras, 2003). De esta forma, las profesiones se convierten en meras aplicadoras de las técnicas que derivan de las respuestas que la ciencia da de la realidad. Por tanto, la enfermera es una mera aplicadora de las técnicas producidas por la ciencia enfermera y/o médica. (Medina Moya, 1999; Mínguez y Siles, 2014).

La aplicación de estos paradigmas de pensamiento a la formación de profesionales, devino en modelos positivistas de formación, como el desarrollado por Tyler.

La estructuración de los currículos a partir de criterios de razón instrumental y una visión Tyleriana de la formación, es la base para la organización de los contenidos de los programas de Enfermería Universitaria. (Medina Moya 2009). Y es que la planificación por objetivos, establece una corriente de pensamiento, especialmente hasta la entrada en vigor del EEES, donde ésta se torna en competencias. Este cambio conceptual y filosófico al menos formalmente, atañe a la visión y planificación curricular de la Enfermería.

El modelo de planificación que domina en La Racionalidad Tyleriana se fundamenta en cuatro preguntas clave, que dan lugar a un modelo lineal para el diseño de la acción educativa. El punto clave en este diseño son los objetivos, los cuales se hallan jerárquicamente en el vértice de la pirámide. Es decir, todos los restantes componentes del diseño se subordinan a él. (Tyler, 1998)

La aplicación de las ideas de la Racionalidad Técnica, se resumen en textos como éste:

“Generalmente el curriculum profesional comienza con un cuerpo central de ciencia común y básica seguido de elementos que componen las ciencias aplicadas. Los componentes de competencias y actitudes profesionales generalmente se denominan Practicum o trabajo clínico y puede ser ofrecido simultáneamente con los

100. ANDRÉS ROJO ROJO.

componentes de las ciencias aplicadas o incluso de forma posterior". (Schein 1973 citado por Pérez Gómez, 2008 p.22)

La influencia de estos planteamientos se han estandarizados tanto en la comunidad educativa como en la comunidad profesional, de manera que los planteamientos emanados de la RT son asumidos como verdaderos. En este sentido, trabajos como los de Medina Moya y do Prado (2009), ponen de relieve las actitudes del profesorado de enfermería. Así pues, como afirman estos autores, los profesores de enfermería piensan que el contenido aprendido en el aula es aplicado a través de reglas contenidas en protocolos de actuación, en la práctica hospitalaria o asistencial; se piensa que la teoría se aprende en el aula y se aplica en las áreas clínicas. Al mismo tiempo, el profesorado defiende que la práctica de la enfermería no proporciona una base adecuada para la formación de las futuras profesionales.

Estos autores, manifiestan la existencia de una crítica velada del profesorado de enfermería a la formación práctica, considerando ésta como inapropiada, pobre o poco válida para la formación de enfermeras. Y es que desde estos sectores se considera que la enfermera asistencial, no aplica los cuidados de una forma adecuada, carece de formación actualizada, proporcionan una pobre socialización y mala imagen de la profesión. Consideran por tanto que el conocimiento práctico es claramente devaluado por parte de los docentes.

La formación práctica reglada contemplada en los distintos planes curriculares de Diplomado en Enfermería, se contemplaba sectorizada en las distintas asignaturas que conformaban el currículo, como un parte accesoria de la formación teórica, un lugar donde poder aplicar los contenidos impartidos en la parte teórica de la materia. Se recogen en el currículo por tanto asignaturas como "Enfermería Médico-quirúrgica I", o "Enfermería Clínica". Estas asignaturas se distribuyen en forma creciente en los distintos cursos. Así pues, en primer curso no encontramos ninguna asignatura con créditos prácticos clínicos, en el segundo curso encontramos una asignatura y en tercer curso encontramos seis asignaturas. Estas asignaturas se caracterizan por aglutinar una gran cantidad de créditos horarios (superior a 4.5 créditos), así como ser consideradas como asignaturas de carácter "Troncal".

Así por ejemplo, si analizamos un plan de estudios de Enfermería, durante el periodo de Diplomado Universitario en Enfermería, podemos apreciar estos argumentos. Sirva de ejemplo el Plan de Estudios de Diplomado de Enfermería de la Universidad de Murcia de 1999, que recoge la tabla 6.

Una de las consecuencias derivadas de estos planteamientos positivistas de la ciencia y los profesionales, es la crisis de confianza en el conocimiento profesional y los fenómenos de desprofesionalización. Para autores como Schon, la visión positivista de la ciencia, hace que los profesionales no sean capaces de adaptarse a una realidad cambiante, no encontrando respuesta en la teoría a los problemas vividos en la práctica cotidiana.

Asignatura	Curso	Tipo materia	Créditos totales	Créditos prácticos
Enfermería médico-quirúrgica I	Segundo	Asignatura troncal	27	18
Enfermería psiquiátrica	Tercero	Asignatura troncal	7.5	4
Enfermería Geriátrica	Tercero	Asignatura Troncal	7.5	4
Enfermería Comunitaria III	Tercero	Asignatura Troncal	14	10
Enfermería Médico-Quirúrgica II	Tercero	Asignatura Troncal	27	18
Enfermería Materno-Infantil I	Tercero	Asignatura Troncal	8	5
Enfermería Materno-Infantil II	Tercero	Asignatura Troncal	8	5
TOTAL			99	64

Tabla 6. Resumen asignaturas con carga práctica en la Diplomatura Enfermería. UMU 1999.

Es la expresión del clásico problema de la relación Teoría-Práctica (Carr y Kemis, 1986). Schon viene a decir que la RT es limitada, especializada, científica y estandarizada; y sugiere que la mayoría de los desafíos que competen a los prácticos no se apoyan en los métodos de la RT.

Igualmente, el componente artístico que caracteriza a toda actividad práctica, así como los dilemas éticos y relacionales de los cuidados son olvidados dentro de la RT. (Medina Moya, 1995). Coincidimos por tanto con este autor, que la RT, no es válida para tratar cualquier situación de la práctica de los cuidados, y en consecuencia a no aceptar la posibilidad de considerar la actividad profesional

práctica de la enfermera como una actividad exclusiva y prioritariamente técnica. Y coincidimos en considerar la práctica de los cuidados como una actividad humana, práctica, reflexiva y artística, en la que tienen cabida ciertas aplicaciones concretas de carácter técnico

Todos estos planteamientos exigen la revisión de la relación epistemológica entre el conocimiento y la práctica del mismo en la realidad. Autores como Quintanilla (1989) y Contreras (1994), manifiestan que el proceder del clínico (en referencia a los profesionales de la salud) en su relación entre la teoría y la práctica, caracteriza de la siguiente manera:

1. Punto de partida: de la constatación de un desajuste.
2. Medios disponibles: conjunto de teorías científicas y normas de actuación de pequeño alcance (protocolos), que son las que principalmente caracterizan su actuación como un proceso en gran parte creativo, pero científicamente controlado.
3. Actuación técnica: implica evaluación continua de los resultados y, en función de los mismos, el posible replanteamiento de los objetivos en un proceso de interacción entre la teoría, la acción técnica, el diagnóstico.

Según Contreras, el modelo de epistemología profesional del clínico, *“mantiene la idea de que la acción consiste en el uso del conocimiento previamente disponible aunque el conocimiento se produzca durante el desarrollo de la actuación clínica.”* (Contreras, 1994, p 134.)

De esta forma, la práctica se reduce a aplicar los medios más adecuados para conseguir los fines predeterminados. Así, en la actuación del profesional clínico, se sigue manteniendo la separación del conocimiento y la práctica, y que la producción de la conocimiento precede jerárquicamente a la práctica. (Contreras, 1994).

Como afirma este autor, estos modelos de relación entre teoría y práctica, sirve a aquellas situaciones o saberes, donde las situaciones son estables, y donde los fenómenos se repiten sin variaciones y en los que existe acuerdo en la identificación de los problemas y las soluciones que se desean.

Ahora bien, el dilema de la práctica de los cuidados como una práctica biomédica o una práctica social cobra importancia. La visión de los cuidados

como prácticas sociales o antropológicas aleja a la Enfermería de los planteamientos biomédicos, y por tanto de esta forma de relación entre teoría y práctica.

2.2.3. El Practicum en el Grado en Enfermería.

Con la entrada en vigor del Real Decreto 1.393/2007 (1), modificado por Real Decreto 861/2010 de 2 de julio, se establece la estructura de los estudios universitarios emanados tras la entrada en vigor de los acuerdos del EEES, configurando tres nuevos niveles: Grado o primer ciclo que capacita para integrarse en el mundo laboral; Máster, que capacita para desarrollar una especialización académica o profesional; y Doctorado, que capacita para la investigación.

De esta forma, Enfermería cambia formación desde el Diplomado en Enfermería al Grado en Enfermería. Entre las modificaciones principales, supuso la ampliación de los créditos de formación, ampliándose por tanto la duración de la formación inicial de tres a cuatro cursos académicos¹⁹. En otro orden de modificaciones los principales cambios propuestos se centran en tres pilares básicos: modificación de las metodologías docentes, revisión y adaptación de los contenidos de las titulaciones y definir claramente el perfil u orientación de los nuevos titulados (Maciá y cols, 2006)

Como señala Solano y Siles (2012), la entrada en vigor del EEES y sus cambios normativos, implica un cambio de paradigma educativo, una nueva reconceptualización que debe realizar un giro en el enfoque educativo tradicionalmente orientando a los docentes hacia un enfoque más participativo y responsable de los estudiantes universitarios. Esta forma de entender la enseñanza condiciona de una manera directa tanto la formación teórica como la formación práctica impartida en las distintas titulaciones, sobre todo y de manera

¹⁹ Todos los grados, salvo algunas excepciones como Medicina y Arquitectura, tienen una duración de cuatro años en los que el alumnado deberá superar 240 ECTS, a razón de 60 ECTS por año.

muy especial en aquellas titulaciones vinculadas al área de ciencias experimentales donde las instituciones sanitarias juegan un papel primordial.

Entre otros muchos cambios, esta línea de innovación ha generalizado la implementación de metodologías que convierten al estudiante en un sujeto activo y responsable de su propio aprendizaje. Estrategias como el aprendizaje basado en problemas, el portafolio de aprendizaje, la promoción de los seminarios, las tutorías, el aprendizaje cooperativo o la introducción de forma amplia de las tecnologías de la información y la comunicación a través de los campus virtuales, con herramientas como la plataforma Moodle, están cada vez más presentes en los planes docentes de las universidades españolas y han demostrado un impacto positivo en el aprendizaje.

El Practicum en Enfermería es actualmente el hilo conductor en torno al que se estructura el currículum del Grado, adquiriendo un gran protagonismo en la formación integral del estudiante al configurarse como una materia independiente con una importante carga de créditos y como escenario privilegiado para la aplicación, integración, y transferencia de conocimientos en la práctica clínica. (Visiers Jiménez y Martín Arribas, 2015)

Esta nueva concepción de la formación práctica, da cabida a las tesis de Schon, respecto a la Racionalidad Práctica y una “nueva” epistemología del saber práctico. Partiendo de la RT, vista anteriormente, a partir de finales del siglo pasado, se van elaborando metáforas alternativas, como los movimientos “investigación-acción” o la “reflexión-acción”, todas ellas basadas en posiciones hermenéuticas, democratizando el conocimiento y su acceso, así como a una responsabilidad para la acción individual y colectiva.

Autores como Schon, Benner, y Medina Moya, consideran que la Enfermería debe alejarse de estos planteamientos de la RT, y se apoyan en la idea del “Practico Reflexivo” en contra del “Experto Técnico” propia de la RT.

La teoría de Schon de la Reflexión en la Acción, representa una nueva epistemología de la práctica, centrada en las acciones que realizan los profesionales. Para este autor, cuando el profesional reflexiona en la acción, éste se convierte en un investigador en el contexto práctico, dando respuesta a situaciones reales. Esto exige considerar la situación vivida como una entidad única para la que se debe encontrar una definición única apropiada. Cuando el

práctico intenta resolver el problema al que se enfrenta, intenta a la vez comprender la situación y cambiarla.

Pérez Gómez, comenta al respecto *“el profesional reflexivo, al actuar y reflexionar en y sobre la acción construye de forma idiosincrática su propio conocimiento profesional que incorpora y trasciende el conocimiento rutinario y el conocimiento reglado propios de la racionalidad técnica”*. (Pérez Gómez, 1988, p 143)

Esta nueva forma de entender la práctica profesional, y las relaciones entre la teoría y la práctica, es un proceso de extraordinaria riqueza para la formación del profesional práctico. (Schon, 1992, p.135).

Estos planteamientos, desarrollan lo que se ha denominado “Practicum Reflexivo” (PR). De acuerdo con Schon (1992), el PR se refiere a unas prácticas que pretenden ayudar a los estudiantes a adquirir las formas de arte que resulten esenciales para ser competentes en las zonas indeterminadas de la práctica. Hay zonas indeterminadas de la práctica, tal es el caso de la incertidumbre, la singularidad y el conflicto de valores, que escapan a los cánones de la racionalidad técnica. Son estas zonas las que los profesionales prácticos han empezado a entender como centrales en la práctica profesional. El PR se propone como un elemento clave en la preparación de profesionales. Su efectividad depende de un diálogo reflexivo y recíproco entre el tutor y el alumno; es por ello que el Practicum será reflexivo en tanto que persiga ayudar a los estudiantes a saber cómo llegar a ser eficaces en un tipo de reflexión en la acción.

Para Schon,

“En un Practicum reflexivo, el papel y el status de un tutor prima sobre el de un profesor, tal y como se entiende generalmente en la enseñanza. La legitimidad de un tutor no depende de sus dotes de erudito o de su competencia como conferenciante, sino del arte de su práctica de autorización” (Schon, 1992, p.272)

En esta línea de argumentación, en relación al Practicum en Enfermería, autores como Medina Moya y Castillo Parra (2006), considera que:

- a) **El Practicum es el hilo conductor en torno al cual se estructura todo el currículum de Enfermería.** Es el eje en torno al cual se articula el currículum de Enfermería; no se realiza “después” de la “teoría” sino que a través de él se asimilan los contenidos de las materias que conforman el

currículum básico de formación. Por tanto, los contenidos de las diferentes materias deben construirse no a partir de una descripción del estado del enfermo y de ahí derivar reglas para cuidarlo, sino en el análisis y cuestionamiento de los esquemas conceptuales, marcos de referencia, repertorios de cursos de acción que aparecen cuando la enfermera profesional se enfrenta a los problemas de su práctica.

- b) **El Practicum no es la mera reproducción de la actividad profesional que las enfermeras desarrollan.** Cuando afirmamos que la práctica es el eje del currículum de Enfermería no significa que aceptemos acríticamente los esquemas y rutinas empíricas que modelan la práctica del cuidado que se transmiten generacionalmente y que impiden a menudo una mejora y desarrollo real de la misma. Antes al contrario, ese conocimiento en la acción (semiautomático y rutinario), ese saber hacer, sólo puede resultar útil y transformador en la realidad incierta y cambiante de los cuidados si se halla plenamente articulado en la reflexión en la acción y sobre la acción. Es decir, partimos de la práctica para analizar los problemas, cuestionarse las estrategias usadas para resolverlos, revelar los procesos de reflexión durante la acción y analizar los esquemas y teorías implícitas que usa la enfermera en su práctica con el fin último de *mejorarla*.
- c) **El Practicum supone una visión dialéctica de la relación entre conocimiento y acción.** Como se ha visto en el capítulo tercero, no existe una separación entre teoría y práctica. El problema del hiato entre ambas se debe a una errónea interpretación de su naturaleza. 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. Ciertamente, el conocimiento aprendido en el aula tiene un valor instrumental, pero a condición de que sea integrado por la alumna en su marco de referencia como un elemento más (no como el único elemento) de su saber práctico.
- d) **El papel de la profesora de prácticas es sumamente relevante.** Ciertamente, el conocimiento práctico es difícil de enseñar, debido sobre todo a su naturaleza personal y tácita (se halla incrustado en la

práctica de las enfermeras de una manera implícita, personal e irreplicable). Sin embargo, es posible aprenderlo. Se aprende siguiendo la máxima de Dewey “haciendo”, reflexionando en y sobre la acción, conjuntamente con la profesora de prácticas. El conocimiento práctico es casi imposible que pueda ser transmitido en el aula, es experiencial, de aquí que la profesora de prácticas adquiriera un papel central en los procesos de enseñanza del saber práctico. Su función consiste en una suerte de práctica de segundo orden donde más que controlar la aparición de errores en la aplicación que la alumna realiza del conocimiento aprendido en el aula, lleva a cabo una conversación reflexiva con aquélla acerca de las acciones de cuidado, los procedimientos de la asistencia y el sentido que la alumna les otorga.

Todos estos planteamientos pasan por la adopción de una serie de estrategias formativas usadas en programas de formación práctica de orientación reflexiva. Entre estas estrategias, figura la adopción de la Supervisión Clínica y el Aprendizaje Experiencial como modelos didácticos en la formación de enfermeras reflexivas.

108. ANDRÉS ROJO ROJO.

CAPITULO III. EL TUTOR DE ENFERMERIA.

- 3.1. Conceptualización del tutor de prácticas.**
 - 3.1.1. Tutor en el ámbito anglosajón.**
 - 3.1.2. Tutor postgrado en ciencias sanitarias: MIR y EIR.**
- 3.2. Tutor en el Grado Enfermería.**
- 3.3. Problemáticas actuales de la tutorización en ciencias sanitarias.**
- 3.4. Influencia de las Creencias en el rol como Tutor.**
- 3.5. El Tutor ideal en Enfermería.**
- 3.6. El “Tutor Toxico”.**

*Aprender significa ajustar nuestro obrar y no-obrar a lo que en
Cada caso se nos atribuye como esencial (...) En efecto: enseñar
Es aún más difícil que aprender porque enseñar significa dejar aprender
(Heidegger, 1958.)*

CAPITULO 3. EL TUTOR DE ENFERMERÍA

3.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL TUTOR DE PRÁCTICAS

Como veíamos anteriormente, la formación práctica de los alumnos se realiza en centros laborales reales, donde los alumnos acompañan, en su quehacer diario a los profesionales de estos centros. A estos profesionales que durante la realización de sus labores asistenciales, atienden las demandas docentes de los alumnos en prácticas, genéricamente se denominan “Tutores”. Ahora bien, al abordar este concepto y sus distintas funciones se abre ante nosotros un abismo insospechado a priori. Y es que como señalan Solano y Siles (2013), Cid, Pérez y Sarmiento (2011), así como otros muchos autores, el término “tutor” es complejo y difícil de definir y por tanto de estudiar. Autores como Hagerty (1986) (citado por Hodges, 2009), calificó de “cimientos pantanosos” la conceptualización del término, por lo amplio, lo ambiguo del mismo y la multiplicidad de funciones que se le atribuyen según autores.

Hemos de señalar que la conceptualización de la figura del tutor, pasa por desgranar términos cercanos tanto formal como informalmente al concepto Tutor, como es la idea de Mentor o Preceptor. Ambos conceptos son usados como sinónimos tanto de forma coloquial como en contextos investigadores, de forma que acercarnos a estos conceptos nos ayudará a contextualizar la figura del Tutor.

Carr (1999) y Cid y cols (2011), coinciden en señalar que el interés de los investigadores por la mentoría/ tutoría y la figura del mentor/tutor como agente formativo, se inicia a partir de los años 50 del pasado siglo. Como señala Cid y cols (2011) estudios sobre desarrollo humano tales como *The Seasons of a Man's Life* de Daniel Levinson, et al. de 1978 y *Passages* de la periodista Gail Sheehy, publicado en 1976, revelaron que la experiencia de haber contado con un mentor²⁰ era esencial para que el adulto se desarrollara con éxito. Como señala Cid (2011), Levinson y sus colegas de la Universidad de Yale, pusieron de manifiesto que el

²⁰Como veremos, en la literatura anglosajona el término “tutor”, posee varias acepciones, una de ella “mentor”.

acceso a un mentor era ventajoso para el desarrollo profesional y personal del protegido/tutorando.

Para autores como Starcevich y Friend, *"Mentoring is a power free, two-way, mutually beneficial learning situation where the mentor provides advice, share knowledge and experiences, and teaches using a low pressure, self-discovery approach"*²¹ (1999, p. 1) Para estos autores, la mentorización consiste en un proceso de construcción y beneficio mutuo (entre miembros implicados en dicho proceso), para ayudar a desarrollar los conocimientos y conductas del nuevo alumnado, profesorado o trabajador por parte de un alumno de curso avanzado, o de un profesor/trabajador más experimentado. En esta visión, apreciamos distintos aspectos definitorios del mentor y de la mentoría; por una parte, se puede dar entre distintas personas, basta que uno sea más experimentado que otro; y por otro lado ambos obtienen un beneficio ya sea intrínseco o extrínseco en la relación.

En otro orden, Fletcher (2000), apunta que la mentoría es una relación de uno a uno, que proporciona guía y apoyo a un tutelado al que le facilita una época de transición o desarrollo, personal y/o profesional. Significa desarrollar las virtudes individuales para maximizar el potencial personal y profesional del inexperto.

Parsloe, afirma que el propósito del "mentor" es *"support and encourage people to improve their learning purpose to maximize their potential , develop their skills and improve their performances to become the person they want to become"*²² (2005, p.84)

Para Rey Carr (1999), un mentor es "simplemente alguien que te ayudó a aprender algo que no hubieras aprendido, o que hubieras aprendido más lentamente o con mayor dificultad, de haberlo tenido que hacer por tu cuenta".

Como se evidencia en las anteriores definiciones, el concepto de "mentor y "mentoría", parte de una denotación común: guía, ayuda, consejo u orientación

²¹ "La tutoría es una conexión de energía, de dos vías, mutuamente beneficiosa de una situación de aprendizaje , donde el mentor ofrece consejos , compartir conocimientos y experiencias , y enseña bajo mínima a presión, usando un enfoque de auto-descubrimiento."

²² "apoyar y alentar a la gente en la mejora de su propósito de aprendizaje para maximizar su potencial, desarrollar sus habilidades y mejorar sus actuaciones para convertirse en la persona que quieren llegar a ser".

de una persona de mayor capacidad, habilidad, saber o conocimiento a otra principiante. Lo anterior, implica concebir la mentoría como un proceso que requiere tiempo entre un par o grupo de personas con la intención de construir un conjunto de actividades que conducen al desarrollo de comportamiento, habilidades y competencias profesionales y personales, tanto del mentor como del mentorizado, quienes en últimas son los agentes principales beneficiados de la relación denominada “mentoría”.

Como señalan Stewar y Krueguer (1996), en lo que respecta a Enfermería, no es hasta finales de los setenta, cuando aparece por primera vez menciones sobre “tutoría” y “tutorización” mentorin, produciéndose desde entonces una eclosión de trabajos al respecto especialmente durante los años.

La literatura especializada utiliza el concepto “tutor”, en distintos ámbitos que añaden matices que nos son de interés a la hora de entender las distintas conclusiones, características y requisitos que presentan para ser un buen tutor clínico. Tradicionalmente ha sido desde el ámbito anglosajón donde se ha estudiado la figura del “tutor” en el ámbito de la Enfermería Clínica, por ello nos dedicaremos a valorar las distintas acepciones que de ellos nos llegan. En el contexto nacional, la investigación en este campo ha sido patrimonio casi exclusivo del estudio y análisis de la figura del tutor de los residentes de las profesiones sanitarias, como son los Médicos Internos Residentes, y más recientemente los Enfermeros Internos Residentes. Estos estudios, nos aportan los matices de la Formación Clínica Postgraduada, como contrapunto a la Formación Clínica Pregraduada.

Respecto al análisis de la Formación Clínica Pregraduada, en el contexto nacional, en Ciencias Sanitarias, existen escasas experiencias de investigación que hagan referencia expresa a la labor de los tutores de prácticas clínicas. No obstante, son las Ciencias Educativas, son las que más incidencia han tenido a la hora de analizar el rol que el tutor de los centros de prácticas juegan sobre el aprendizaje de los alumnos.

Son por tanto estos tres enfoques los que trataremos a continuación con el fin de aunar cuáles son las características del tutor ideal, cuál es su papel en la formación de los alumnos en prácticas y que características lo definen como colectivo.

3.1.1. El Tutor en el Ámbito Anglosajón

En el contexto anglosajón, la reconocida figura de “tutor”, se encuentra recogida en tres términos aparentemente sinónimos, pero que encierran ciertos matices que merece la pena tener en cuenta. Nos referimos a los términos *Mentor*, *Preceptor* y *Clinical Teacher*.

Como nos recuerda Carr (1999), las raíces de la mentoría se remontan a más de 5.000 años en África, donde se proporcionaban guías para mostrar a la juventud el camino. Un milenio más tarde, Homero en la *Odisea*, narró la historia de Ulises Rey de Ítaca, quien se dirigió a su leal amigo Mentor, disfrazado de la diosa Atenea, para pedirle que velara por su hijo y todas sus pertenencias mientras él iba a luchar en la Guerra de Troya. Para los griegos, un mentor era considerado un padre adoptivo, una persona responsable del desarrollo físico, social, intelectual y espiritual de los jóvenes.

Igualmente este autor señala que algunas de las primeras universidades europeas adoptaron la mentoría como componente esencial de la educación de una persona. La Universidad de Oxford, por ejemplo, estableció tutores o Dons que actuaban como mentores, viviendo en la universidad con los estudiantes e instruyéndolos en las áreas social, académica y personal.

En el siglo XVI, durante el surgimiento de agrupaciones comerciales, artesanos, profesiones y a la necesidad de contar con trabajadores calificados dentro de la revolución industrial, un mentor era más bien identificado como el maestro en una relación maestro/aprendiz. En ese momento el enfoque cambió para poner mayor énfasis en ayudar al aprendiz a desarrollar las aptitudes necesarias para tener éxito en su carrera. Los trabajadores aprendían sus oficios, no en la escuela, sino con mentores con quienes normalmente estudiaban durante una buena parte de sus vidas (Carr, 1999)

Diversos autores, como Carr (1999) y Valverde y cols (2003), no dudan en señalar que primeros esfuerzos por conceptualizar la figura del “mentor”, se atribuye a Levinson et al (1975) y Shelly (1976), quienes entienden lo que ellos denominan *Mentoría Natural*.

“Un mentor natural, normalmente es una persona de más edad, mayor experiencia y ajena a la familia, que juega el papel de habilitador para ayudarnos a

alcanzar nuestras metas y sueños, explorar alternativas y enfrentar los retos que nos presenta la vida. Con frecuencia, la mentoría natural no tiene un punto de arranque identificable, no lleva una dirección específica ni tiene resultados o expectativas definidos, continúa evolucionando a través del tiempo e inclusive puede que no tenga un punto final.” (Carr, 1999, p. 8)

Esta mentoría natural o “informal” se caracteriza por alguna clase de vínculo, química personal o atracción que mantiene a una pareja unida. “*Este vínculo es interrumpido sólo cuando la disponibilidad del mentor desaparece o cuando el “protegido” declara su independencia, ya sea porque ha superado al mentor, o porque busca obtener un estatus igual” (Carr, 1999, p.9)*. La mentoría informal no requiere del reclutamiento o selección de mentores, ni del proceso de asignación, por lo que tampoco es necesario un seguimiento de la relación.

Este Mentor Informal, juega un papel de referente para el profesional novel (protegé). Como una característica particular del “Natural Mentoring”, estriba en la relación que se establece entre ambas personas, Mentor y Protegido, de modo que ésta se configura en un vínculo más personal que educativo.

Posteriormente, y como una evolución, a la hora de introducir esta figura del Mentor en las organizaciones, surge el “Intencional Mentoring” (Carr, 1999), donde si bien la naturaleza de la relación es similar al Natural Mentoring (relación uno-uno, de una persona más experimentada que orienta, guía, asesora... a otra más inexperta), esta relación se establece en el marco de la organización profesional, y a los mentores son reclutados o seleccionados por su experiencia o logros profesionales. Este tipo de “Mentor Intencional”, tiene un carácter voluntario y altruista (no recibe remuneración por ello, salvo la satisfacción y “aspectos intangibles”). El reclutamiento o selección es realizado por una tercera persona, un coordinador de mentores, que vincula personalmente a cada mentor con cada protegido. Esta forma de reclutamiento, se consigue identificando voluntarios potenciales e identificando las aptitudes, características y experiencia que puedan contribuir al logro de los objetivos de la mentoría.

Este tipo de Mentoría Intencional es la que progresivamente se va imponiendo en los círculos organizacionales como un modelo de introducir empleados a menor coste y aumentar el nivel profesional de las plantillas (Henderson, 1985). Entre las organizaciones que incorporan este proceso como

forma de dotarse de profesionales cualificados y aprovechar el potencial educativo de la tutoría, destacan los Hospitales y las Escuelas (Cid, 2011).

Una de las primeras definiciones formales acerca de la figura del Mentor en enfermería en el ámbito anglosajón, la elabora Bowen (1985), recogido en distintos autores, como Yoder (1990) y Sánchez (2010, p 54.).

“Mentoring occurs when a senior person (the mentor) in terms of age and experience undertakes to provide information, advice, and emotional support for a junior person (the protégé) in a relationship. Last in govern an extended period of time and marked by substantial emotional commitment by both parties. If the opportunity presents itself, the mentor also uses both formal and informal forms of influence to further the career of the protégé”. (Bowen, 1985, p31)

Como nos comenta Bardallo Porras, autores como Cohen y Galbraith (1995) hablan de la Mentoría como un

“proceso interactivo de uno a uno en el que se desarrolla el aprendizaje dirigido basado en la premisa de que los participantes tendrán un contacto razonablemente frecuente y tiempo suficiente para la interacción. Es un intento deliberado de contrarrestar el desperdicio de recursos humanos en nuestra sociedad, una pérdida trágica del talento y realización, tanto a nivel personal como nacional”. (Bardallo Porras, 2010, p.48)

Es por esta razón por la que el termino Mentor y Mentoring, en la literatura enfermera anglosajona (Wagner y Seymour, 2007) citados por Sánchez (Bardallo Porras, 2010), se refiere a los últimos años a la relación que se establece entre dos profesionales, uno novel y otro experto, en la introducción al puesto de trabajo.

En el otro extremo, encontramos el término *“Clinical Teacher”*. Clinical Teaching, entendida como la actividad que realiza el Clinical Teacher, es aquella relación que se establece entre dos o más personas en la que uno (profesor) transmite un conocimiento a otro u otros alumnos. Esta transmisión puede ser de tipo “magistral” o a través de demostración. Esta relación es unidireccional (del profesor hacia el alumno/s). Esta relación responde a unos objetivos determinados y limitados por el mismo conocimiento y es evaluada. Del mismo modo, el Clinical Teacher se encuentra vinculado a la institución educativa, más que a la labor asistencial, de forma que posee conocimiento sobre objetivos educativos, técnicas docentes y evaluativas específicas. En definitiva, en palabras de Stevens

“Teaching is about learning something, and it is structured around what is to be taught or learned, that is, the content (...) Mentoring goes to the other extreme of the spectrum (...) mentoring is structured around the relations between mentor and mentee.”²³(Stevens, 2006, p.2)

En un término medio se sitúa el *“Preceptor”*. Esta figura juega un rol más institucional y docente que el *“Mentor”*, pues carece inicialmente de este rol a largo plazo, y de la estrecha relación personal entre *“mentor”* y *“protegido”*, (Busen y Engebretson, 1999) y no responde al carácter formal (especialmente en lo que a la evaluación y cumplimiento de objetivos se refiere) que con frecuencia si tiene el Clinical Teacher. El preceptor presenta atributos más formativos de tipo formal, mientras que el mentor lo es desde el punto de vista del acompañamiento, holístico o informal. Así lo destacan autores como Wagner y Seymour (2007), consideran que el preceptor mantiene una relación con el aprendiz más focalizada en el entorno de la práctica clínica y se mantiene durante corto espacio de tiempo. Los atributos identificados por estos autores, para el concepto preceptoring, refleja la situación real de la práctica tutorial en el contexto en el cual se desarrolla el presente estudio. Para resumir esta variedad terminológica, nos parece significativo recurrir a la tabla 7, recogida por Stevens (2006)

Pese a estas consideraciones terminológicas de notable interés, dado que en castellano solamente disponemos del término *“tutor”* para referirnos a aquel profesional que de una forma altruista, durante su labor asistencial, compagina labores de docencia, acompañamiento, etc., de alumnos en formación, esta figura aglutina los conceptos anglosajones tanto de mentor, como de preceptor. Por ello con objeto de conceptualizar nuestro trabajo, tomaremos como referencia ambas términos: mentor y preceptor.

Sea cual fuere la consideración o matices terminológicos que apliquemos al concepto tutoría, en palabras de Bardallo Porras, (2010),

“...las relaciones de tutoría son esenciales tanto para el graduado en enfermería como para los niveles de postgrado. La tutoría supone una forma de

²³ “La enseñanza es sobre aprender algo, y se estructura en torno a lo que debe ser enseñado o aprendido, es decir, el contenido (...) La tutoría va al otro extremo de la espectrum (...) se estructura en torno a las relaciones entre mentor y el aprendiz”

118. ANDRÉS ROJO ROJO.

interacción única que se construye desde la necesidad compartida de respeto del crecimiento interpersonal, científico y la transformación de la práctica clínica.”
(Bardallo Porras, 2010, p.56)

Característica	Teaching	Precepting	Mentoring
Foco de Atención	El contenido a ser enseñado	Objetivos experienciales a ser alcanzados	Cualquier aspecto que un “junior” necesita aprender.
Objetivo	De naturaleza profesional; no individualizado en el alumno	De naturaleza profesional; claramente definido	De carácter profesional o personal; definidos con el tiempo
Contexto de aprendizaje	Clases y conferencias	Contextos de trabajo- de carácter formal.	Contextos de trabajo- de carácter informal.
Relaciones	Uno a muchos/ uno a uno. Finalizan cuando termina el “contrato”.	Uno a uno; de tipo contractual. Limitada en el tiempo.	Uno a uno; relación sostenida en el tiempo de forma indefinida.
Contenido	Reglas, normas, principios y generalizaciones.	Sutilezas y variaciones en las aplicaciones al mundo real	Adaptaciones del estilo y el talento de cada uno al mundo real.
Estudiantes	Es identificado y tratado como alumno	Es considerado un aprendiz	Es tratado como un aprendiz sin competencia o subordinado
Evaluación	Mediante test, proyectos, presentaciones, etc.	Evaluación del desempeño individual.	Análisis retroactivo del rendimiento individual
Pagos/ recompensas	Pagadas por la institución académica	Prebendas varias no monetarias	Raras veces presenta recompensa expresa.

Tabla 7. Características conceptos anglosajones tutor. Adaptado de Stevens, (2006)

3.1.2 El Tutor Postgrado en Ciencias Sanitarias: Tutor MIR y EIR.

Si nos centramos en el contexto nacional, la literatura científica centra su atención en la figura del tutor de prácticas clínicas en ciencias sanitarias a partir de la década de 1980, con el desarrollo de los programas de formación de Médicos Internos Residentes (MIR) a partir de finales de la década de 1970 (Segovia de Arana, 2002).

Este proceso formativo, como señala Ros (2004) se centra en el desarrollo de habilidades procedimentales y terapéuticas y en la adquisición de la competencia a través de la experiencia práctica. El Sistema de Formación Sanitaria Especializada (FSE), por el método de residencia, se implantó en España como

sistema formativo único y obligatorio a partir del RD 127 de 1984, respondiendo a demandas de los propios residentes y de especialistas de una gran parte de los hospitales punteros del país, que hicieron valer la supremacía de este sistema sobre otras alternativas formativas ya existentes, vinculadas a la universidad y a los colegios profesionales.

Este sistema se basó en la formación de especialistas en centros y servicios asistenciales acreditados y de calidad, compartiendo trabajo y aprendiendo de los demás profesionales de la unidad asistencial. El residente se formaba al permanecer en las unidades asistenciales acreditadas, como decía el RD. La norma asignaba, además, a las Comisiones Nacionales de Especialidad (CC.NN.EE.) la tarea de elaborar los itinerarios formativos que debían seguir los residentes, itinerarios que se articulaban con estancias temporales en diversas estaciones asistenciales, encomendando además a las comisiones la necesidad de fijar los objetivos a alcanzar en cada estación. No establecía ninguna figura formativa concreta con la responsabilidad de tutelar directamente la formación o de procurar la consecución de los citados objetivos y citaba a un impreciso responsable de la Unidad Docente como el encargado de gestionar todo el proceso.

Pese a la implantación de los programas formativos, no se regula formalmente la figura de los tutores y su labor hasta 1995, tal como señala Del Cura Rodríguez (2011), mediante la Orden Ministerial de 22 de junio por la que se regulan las comisiones de docencia y los sistemas de evaluación de la formación de médicos y farmacéuticos especialistas. Esta regulación como se aprecia, se realiza de forma tardía, puesto que la figura del Tutor de Residentes, venía jugando su papel en la formación de profesionales casi 20 años antes.

Antes del reconocimiento de la figura del Tutor de Residentes, en los servicios asistenciales, el responsable del servicio descarga la tarea de tutelar en todos los profesionales del servicio, y la gestión docente se adjudicó a un profesional interesado en la docencia, al que en general se le denominó tutor.

Como nos recuerda Segovia de Arana (2002) estos primeros profesionales-tutores, sin formación específica ni pautas de referencia, más que la de los servicios en donde se habían formado, organizaron la adaptación local de los programas formativos, haciendo su seguimiento como mejor podían, sin tiempo

120. ANDRÉS ROJO ROJO.

específico reconocido, con escasos medios y sin apoyo institucional, y por supuesto sin reconocimiento profesional o laboral de esta función.

Así fue como las primeras generaciones de tutores estuvieron varios lustros sin ningún respaldo ni reconocimiento legal y, aun así, el sistema de formación español alcanzó un gran prestigio, nacional e internacional. El voluntarismo desinteresado fue la característica común de aquellas generaciones de tutores y, si bien muchos profesionales abandonaron la tutoría totalmente frustrados por la falta de apoyo, la mayoría siguió ejerciendo su compromiso como podían, convencidos de la importancia social de su labor, pero siendo conscientes de que su responsabilidad legal era escasa o nula, en un sistema que ni siquiera reconocía su existencia. (Del Cura Rodríguez, 2011)

Pese a la relevancia de esta figura, no ha sido hasta 2008 cuando la legislación desarrolla sus cometidos, si bien, la formación, acreditación y reconocimiento, queda en manos de las autonomías, lo que hace que no se establezca unos criterios únicos para el territorio nacional, lo que puede dar lugar a un aumento de la confusión en esta materia. (Garrido Sanjuán y cols, 2009)

Y es que mediante el RD 183/2008 se desarrolla determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. En ella, en su artículo 11, se define al Tutor como;

“el profesional especialista en servicio activo que estando acreditado como tal, asume la responsabilidad del proceso de enseñanza y aprendizaje del residente de su especialidad, manteniendo con éste una relación continua y estructurada a lo largo de todo el proceso formativo, colaborando activamente en el proceso de aprendizaje de los conocimientos y habilidades que permitan cumplir el programa formativo de la especialidad”. (RD183/2008. BOE 55 pag 1023.)

Antes de continuar, hemos de puntualizar tal como nos indica el RD 183/2008 en su apartado de anexos, que el periodo formativo de los Médicos Internos Residentes (MIR), durante su formación especializada postgrado, oscila entre los 4 y los 5 años, dependiendo de la especialidad escogida. A lo largo de ese periodo, los residentes realizan pequeñas estancias temporales en distintas especialidades diferentes de su formación final, con la intención de obtener una visión más amplia que la mera especialidad que terminan cursando. No obstante, el tutor asignado se mantiene desde el inicio de la fase MIR hasta el final. De este

modo, la definición y las funciones que de ella se desprenden y a continuación detallaremos, se asemejan a las del término anglosajón de Mentor, atendiendo a que es una relación de largo recorrido, y con personas que ya poseen una formación básica o postgraduada.

Como nos comenta Del Cura Rodríguez (2011) de la normativa nacional y autonómica que regula la figura del Tutor de Residentes, se derivan las siguientes funciones:

1. Planificar y organizar la actividad formativa de la unidad docente.
2. Proponer los planes individuales de formación para cada residente a su cargo.
3. Recibir a los nuevos residentes en el servicio.
4. Promover la participación del residente en actividades docentes y de investigación.
5. Ser referente del residente.
6. Participar de la evaluación del residente.

Como apunta el RD 183/2008, los programas de formación de residentes, son establecidos por las Unidades de Formación y Docencia, y sus respectivas Comisiones de Docencia. Cualquier modificación de este programa de formación, debe ser aprobada por la misma. Cada tutor, puede y debe participar en la elaboración y mejora de los programas formativos.

Esta guía contiene una serie de contenidos que orienta la metodología, los contenidos, y las actividades que los tutores deben utilizar para dirigir la formación de los residentes a su cargo, que incluyen no solo los aspectos propios de la especialidad en cuestión, sino también, aspectos transversales como puedan ser búsqueda bibliográfica, investigación básica, ética, gestión y calidad, etc.

El tutor de residentes, adapta el plan de formación dado por la Comisión a las necesidades del Residente, de forma que se elabora de forma conjunta un Plan de Formación Individualizado; este plan establece los objetivos que debe conseguir el tutor al comenzar el periodo de formación, así como las distintas rotaciones y el resto de actividades formativas que el alumno debe cumplir a lo largo del año. Al elaborarlo, se debe tener en cuenta las expectativas de los residentes, así como el cumplimiento o no de los objetivos propuestos en años

122. ANDRÉS ROJO ROJO.

anteriores, adaptando el programa a las necesidades específicas y a las carencias y fortalezas observadas en cada residente.

Como se puede apreciar, la figura del Tutor de Residentes, toma un rol más “administrativo” o directivo del proceso formativo, aspecto poco apreciado por los tutores. (García Sampedro, 2014). Es decir, la formación práctica no tiene por qué ser realizada junto y de forma exclusiva al tutor asignado, de forma que el tutor comparte la formación del Residente, con el resto de profesionales de la unidad, se encuentren o no incluidos en la cartera de Tutores de la Unidad Docente.

Otro aspecto destacable es la capacidad evaluadora y de juicio crítico que el tutor puede y debe elaborar sobre el proceso formativo del residente, de forma que el tutor recogerá información acerca del proceso y la evolución del aprendizaje del residente y el grado de consecución de los objetivos propuestos en el Plan de Formación Individualizado. Esta información será recogida bien de la observación propia, bien de los informes de otros tutores y profesionales que compartan al formación del Residente y de los distintos documentos que elabore el propio Residente. Este informe del tutor tiene carácter vinculante y efectivo sobre la acreditación del Residente.

Por último hemos de destacar, que atendiendo a las distintas normativas autonómicas para la acreditación de tutores MIR, para poder ser Tutor, el profesional debe ser acreditado como tal por las Autoridades Sanitarias de cada Comunidad Autónoma y las Comisiones de Docencia, de forma que son éstas las que elaboran las normas específicas para la definición de las funciones del tutor, su nombramiento, acreditación y re-acreditación así como la asignación de tiempo específico para sus labores formativas en la jornada laboral. Como norma general para ser acreditado se requiere de una formación previa específica, así como la pertenencia a un servicio específico por un periodo de tiempo mínimo. Respecto a la formación decir, que ésta se realiza en aspectos como el uso de métodos educativos y recursos didácticos, técnicas de evaluación, técnicas de comunicación y motivación, metodología de la investigación, el conocimiento del programa formativo de la especialidad, entre otros. Como comenta Saura (2006), el Tutor debe poseer competencia docente, aspecto del que nos ocuparemos más tarde.

El reconocimiento y los incentivos de la actividad tutorial, se realiza mediante el reconocimiento de la actividad tutorial como actividad de gestión clínica y como mérito para la Carrera Profesional y la Promoción Profesional (RD 183/2008). Como nos recuerda Del Cura Rodriguez, (2011), expresamente en la normativa ya mencionada, la actividad tutorial también implica el reconocimiento de la necesidad de asignar al tutor tiempo para su función dentro de la jornada laboral, liberándole de actividad asistencial.

Hemos de mencionar que cada Centro Sanitario, cada Unidad de Docencia y cada Servicio, posee de un número de tutores máximo, acorde a la capacidad docente de la unidad, y al número de residentes que pueden ser formados en la misma. Por ello, si un Tutor no es re-acreditado no puede ejercer como tal.

Esta concepción del Tutor, no es ajena a Enfermería. La creación de distintos itinerarios de Especialidades en Enfermería con la publicación del Real Decreto 450/2005, y sus posteriores desarrollos particulares, hace que la “metodología MIR”, se exporte a la formación de profesionales de enfermería, dando lugar a lo que comúnmente se denomina EIR (Enfermero Interno Residente). Como se reconoce en la Introducción de la Orden SAS/139/2009, por la que se aprueba el Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica,

“... el sistema de residencia implantado para la formación de matronas en 1992 y definitivamente consolidado para todas las especialidades en ciencias de la salud (...), ha demostrado ser un procedimiento adecuado para que las matronas durante su periodo formativo adquieran un perfil profesional polivalente (...), mediante la realización de actividades docente-asistenciales estrechamente ligadas a la práctica asistencial y a la actividad ordinaria de los centros y servicios sanitarios, (...) de las matronas que prestan servicios en los distintos dispositivos que integran las unidades docentes en las que llevan a cabo, con excelentes resultados, un papel fundamental en la supervisión, tutorización, evaluación y seguimiento de los residentes a lo largo de los dos años de duración del programa formativo.” (BOE 129 de 28 de mayo de 2009, pag 44699).

Como reconocen distintas Ordenes y Guías Oficiales, (Orden SPI/1359; Orden SAS/1349; Orden SAS/1730, etc.) respecto a la Metodología Docente en el proceso formativo de las especialidades de Enfermería,

124. ANDRÉS ROJO ROJO.

“...se utilizan técnicas educativas, tanto presenciales como semi-presenciales, con una metodología docente que da prioridad al aprendizaje activo tutorizado, a la utilización de métodos educativos creativos, que aseguren la ponderación y coordinación con la formación clínica, a través de un aprendizaje experiencial...”

Todo esto implica una relación laboral entre el residente y la entidad titular de la unidad docente donde se esté formando.

3.2 TUTOR EN EL GRADO EN ENFERMERÍA.

Si bien como veíamos anteriormente, la producción científica es abundante aunque confusa en el ámbito anglosajón, así como en el campo de la formación post-grado de los profesionales sanitarios, tanto MIR como EIR y demás disciplinas socio-sanitarias (PIR; FIR...), en el ámbito de la Formación Pregrado, en las ciencias sanitarias en general y en Enfermería en particular, ésta es relativamente escasa y de escaso valor científico.

Todas las titulaciones recogen un periodo de formación práctica (Practicum), y han gozado de una amplia trayectoria de experiencias educativas, lo cierto es que en el contexto nacional, es escasa la producción científica respecto a las funciones, labor, perfiles, etc. que debe poseer el tutor de alumnos pregrado de enfermería.

Hemos de decir, que existe un precepto moral arraigado en el imaginario del profesional, de participar en la formación de sus futuros colegas, y recogido en el Código Deontológico de la Enfermería Española, en su artículo 72, donde afirma *La Enfermera/o debe asumir individual y colectivamente la responsabilidad de la educación en la Enfermería a todos sus niveles*. Este precepto recoge la necesidad sentida por cada profesional de contribuir al crecimiento de su profesión, y al natural desarrollo de los profesionales que la componen.

Este documento recoge la obligación moral como profesional de participar en la formación de todos aquellos profesionales, sea cual fuere su nivel académico: pregrado o postgrado. No podemos olvidar que como reconoce el Consejo General de la Organización Colegial de Enfermería, *las normas deontológicas se convierten en preceptos de carácter obligatorio regulándose como falta grave el incumplimiento de las mismas....incurrirán en responsabilidad disciplinaria*

todos aquellos que por comisión, omisión o simple negligencia en el cumplimiento de sus funciones, se conduzcan en forma contraria a las disposiciones del Código.

No obstante, este aspecto de obligación, no se ve reflejado en una definición operativa del tutor ni sus roles o funciones, como si lo está en la figura del Tutor Postgrado, como veíamos anteriormente.

Algunas entidades como la Agencia Lalín Entralgo (2009), han realizado trabajos que orientan acerca de la figura del Tutor de Enfermería. A este respecto, considera que el Tutor Pregrado de Enfermería, es

“el profesional de enfermería que asume voluntariamente la responsabilidad del aprendizaje práctico clínico de los estudiantes en su ámbito de trabajo y durante su jornada laboral, planificando, coordinando y evaluando dicho aprendizaje; siendo referente y soporte pedagógico del estudiante”. (Guía del Tutor de Enfermería, Lalin Entralgo, 2009. p.37)

Otras entidades y organismos han elaborado sendas guías con definiciones y consideraciones sobre el tutor de enfermería. Así el Institut Català de Salut (ICS), en su Documento Marco sobre la Formación en el Grado de Enfermería (2008), define el tutor de enfermería como

“ (...) la enfermera asistencial que guía el proceso de aprendizaje del estudiante en prácticas durante el periodo que establece la Escuela Universitaria de Enfermería, según los objetivos marcados por la escuela”. (p.7)

Si bien, definiciones como éstas, dejan claro que el tutor es un profesional de enfermería vinculado al centro sanitario, (y por tanto sin vinculación contractual con la institución académica), que compagina sus labores asistenciales con las labores docentes derivadas de la tutorización y seguimiento de un alumno en formación práctica.

Sin embargo, otros documentos, como distintas Guías de Practicum de las Universidades, siembran cierta duda en el concepto, de manera que reconocen distintas figuras como son la del “profesional del centro” y el “profesional-tutor del centro”. Así por ejemplo, en unas se recogen definiciones como estas:

126. ANDRÉS ROJO ROJO.

El “profesional del centro”

“Es la figura clave en la formación del alumnado; son ellos, con su trabajo diario, quienes van aportando el insustituible componente práctico que facilita la adquisición progresiva de las competencias de los/las futuros/as profesionales.”

Mientras que el “profesional-tutor del centro”

Es una figura no contractual, reconocida anualmente mediante el nombramiento de profesor colaborador honorífico de la UC. Son profesionales del centro/unidad, (...) que sirven de enlace entre el profesorado de la universidad, el alumnado y los/las profesionales de las instituciones. Tienen una importancia clave en la formación del alumnado:

** Facilitan su iniciación en la práctica, contribuyendo a su acercamiento a profesionales y a las personas cuidadas.*

** Asesoran en cuestiones específicas del centro.*

** Realizan el seguimiento de las prácticas, ajustándose al plan del Practicum elaborado por la Escuela.*

** Participan en la evaluación de las prácticas del alumnado.*

(Guía del Practicum del Grado en Enfermería. Universidad de Cantabria, curso 2014-2015, p 14-15.)

Mientras que en otras la definición de tutor de enfermería se concreta en

*“Profesional de enfermería de la red asistencial con vocación docente que asume **voluntariamente** la responsabilidad y el compromiso del aprendizaje práctico clínico de los estudiantes en su ámbito de trabajo y durante su jornada laboral, planificando, coordinando y evaluando dicho aprendizaje; siendo referente y soporte pedagógico del estudiante. Son ellos, con su trabajo, quienes van aportando el conocimiento práctico que facilitará la adquisición progresiva de las competencias de los futuros profesionales, configurándose como una de las figuras clave en la formación de los estudiantes”.*

(Guía Tutor de Prácticas Tuteladas. Grado en Enfermería. Universidad Nebrija. Curso 11-12, p 18.)

Definiciones como éstas, no hacen más que crear confusión en un mundo ya de por sí dificultoso por cuanto suele acarrear la labor de tutorizar a un alumno. Queda a criterio de las Universidades o de los propios centros profesionales una consideración u otra; es decir, para unos centros, todo profesional asistencial que asume las labores tutoriales sobre un alumno, es considerado un tutor; mientras que en otros centros, se diferencia entre el profesional asistencial del que puede aprender todos los alumnos, y el tutor asistencial, como el responsable directo de la formación de uno o varios alumnos.

Si la definición del tutor es diversa, es tanto o más difícil establecer e identificar sus, características, funciones y el rol a desempeñar.

En cuanto a los requisitos básicos para ser tutor de enfermería, la Agencia Lalín Entralgo, en su Guía del Tutor de Prácticas de Enfermería de 2009, señala:

- Ser profesional contratado, indistintamente del tipo de contrato; la situación laboral en cuanto a plaza, interinidad o contrato temporal no afecta a la función de tutor; sin embargo la temporalidad en el puesto que no contemple la seguridad de permanencia en el puesto deberá ser estudiada en cada caso.
- Poseer una experiencia mínima real (con estancia en medios laborales) de dos años; sin embargo dada la imposibilidad de garantizar este criterio, por diversas razones (traslados, bajas, etc.) este criterio queda a responsabilidad de los planificadores.
- Expresar de forma manifiesta la voluntad de ser tutor
- Disponer de una motivación para la docencia e investigación
- Poseer capacidad para establecer relaciones personales y capacidades de organización
- Estar dispuesto a recibir la formación para la función de tutor.

Algunas instituciones y organismos como ICS en su Documento Marco sobre la Formación en el Grado en Enfermería (2008) del ICS añaden otros condicionantes como:

- *Acreditar una formación docente en enfermería actualizada en los últimos cinco años.*

128. ANDRÉS ROJO ROJO.

- *Haber hecho una formación continuada acreditada relacionada con el puesto de trabajo de al menos seis créditos.*
- *Conocer el currículo base de la formación universitaria de enfermería de la escuela de enfermería de referencia.*

(p. 8)

Otros organismos, como la Universidad de Nebrija, añaden a criterios como la temporalidad. Así por ejemplo, en su Guía Tutor de Prácticas Tuteladas. Grado en Enfermería la Universidad Nebrija, respecto al tutor se *“recomienda que el tutor posea una experiencia mínima de 3 años”*. Este tipo de consideraciones, añaden más incertidumbre a este asunto, ya que por un lado constan como recomendaciones más que imposiciones, mientras que por otro, no se explicita, si la experiencia debe ser en el servicio o a lo largo de su carrera profesional. Hemos de puntualizar la diferencia entre personal con experiencia y personal experimentado.

Si bien, las definiciones y los criterios son confusos, respecto a las contraprestaciones que el tutor percibe, parece sentado que ésta labor se lleva a cabo de una manera altruista, sin percibir una remuneración directa a cambio. No obstante, los distintos convenios que se establecen entre los centros educativos y los centros asistenciales, marcan las distintas contraprestaciones que el tutor recibe por su labor, como veíamos en el Capítulo I de este documento.

Las principales funciones del tutor de alumnos de enfermería pregrado en formación práctica, según los documentos consultados, (Guía Lalín Entralgo, 2009; Documento Marco ICS, 2008; Guía del Tutor de Prácticas de la Universidad de Nebrija, 2011). Todos estos documentos nos ofrecen una visión ambigua y generalista de las funciones que debe asumir el tutor de prácticas pregrado de enfermería de manera que se recogen aspectos como:

- *Se familiarizará con el Plan de Estudios de la Titulación de Grado en Enfermería (...), así como con su ideario, el perfil del profesional que pretenden formar, su filosofía educativa, sus proyectos, etc., de modo que llegue a sentirse miembro de la comunidad docente.*
- *Demostrará conocer, antes del inicio de las prácticas, el detalle sobre las competencias que ha de adquirir el estudiante en relación con la formación recibida,*

así como analizar y valorar los resultados de aprendizaje definidos por la Universidad, para estimar la pertinencia y la posibilidad real de alcanzarlos, aportando el conocimiento del ámbito asistencial, sus oportunidades y limitaciones.

- *Junto al profesor de prácticas/colaborador en el centro:*
 - *Ha de guiar el proceso de aprendizaje del estudiante para su desarrollo competencial, valorando y detectando dificultades, y ayudando a buscar soluciones.*
 - *Se encargará de la evaluación formativa continua del estudiante, cumplimentación de hoja de evaluación por competencias, consensuando criterios con todos los profesionales de la unidad con los que haya colaborado el estudiante durante su rotación práctica: auxiliares de enfermería, celadores, supervisora de la unidad,...*
 - *Validará la hoja de asistencia del estudiante.*

Otros documentos como el elaborado por el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, ya en 2003, elabora un documento en el que recopila las funciones, el perfil y los requisitos de los Tutores de Enfermería.

En este documento se establece en lo relativo a las funciones del tutor que el *“docente de alumnos en prácticas ha de asegurar un proceso de aprendizaje adecuado, para lo que ha de*

- *Planificar las prácticas según las necesidades del alumnado y los objetivos específicos del programa.*
- *Integrar la función docente y la función asistencial.*
- *Fomentar la participación del alumnado en las reuniones del equipo.*
- *Facilitar el aprendizaje a partir de un método sistemático de trabajo.*
- *Transmitir los valores profesionales.*
- *Aplicar los principios éticos en la toma de decisiones y transmitirlos a del alumnado.*
- *Respetar los derechos de los usuarios y transmitirlos a los alumnos.*
- *Fomentar la práctica reflexiva.*
- *Ayudar al alumnado en la resolución de problemas y dudas.*
- *Promover una actitud responsable del alumnado hacia la propia actuación.*
- *Ayudar al alumnado a tener una actitud de reflexión en la práctica diaria.*
- *Promover que el alumnado tenga una comunicación efectiva y asertiva.*

130. ANDRÉS ROJO ROJO.

- *Informar al alumnado de su progreso de acuerdo con los criterios de evaluación.*
- *Fomentar, en la práctica, las transferencias de las competencias adquiridas en el aula.*
- *Incorporar las metodologías docentes y ponerlas en práctica."*

Este catálogo, al igual que otros documentos similares contiene aspectos ambiguos y poco realistas acerca de lo qué debe hacer el tutor de alumnos y de qué manera.

3.3. PROBLEMÁTICAS ACTUALES DE LA TUTORIZACIÓN EN CIENCIAS SANITARIAS.

En los apartados anteriores, hemos podido constatar como el tutor de prácticas es considerado a priori como un elemento fundamental en la formación de profesionales, ya sea ésta pregrado o postgrado, puesto que no solamente proporciona el "saber hacer", sino el "saber ser".

Si bien la bibliografía como hacíamos constar anteriormente, es relativamente escasa en lo que respecta a enfermería, lo cierto es que cada vez un número creciente de autores (Gálvez Toro, 2005; Solano y Siles, 2013) han puesto el foco de atención en la figura del tutor de enfermería y su situación particular. Es por ello que gran parte de la documentación al respecto, refleja la situación y la problemática bien del tutor en contextos anglosajones o bien en el contexto de la Formación de Especialistas Sanitarios, especialmente MIR.

En el presente apartado queremos hacer constar las diferencias entre el discurso institucional, acerca de la tutorización de las prácticas clínicas y el papel de los tutores y las situaciones especiales relatadas por distintos autores. Parte de esta problemática es común a todas las disciplinas y no específicamente de enfermería, por lo que podemos sospechar que se trata de una problemática transdisciplinar.

De entre los problemas que atañen a la labor tutorial destacan las siguientes categorías:

- a. Sentimientos de minusvaloración e infrautilización (Álvarez, Vicent, Salamanca, Pérez y Carrasco, 2003)

Los tutores sienten una expresa sensación de no ser reconocidos suficientemente su labor como docente, y de sobrecargar su labor

asistencial con la labor docente. Aspectos como dedicar tiempo de la jornada laboral a la docencia, repercute de forma indirecta sobre el resto de compañeros que asumen las funciones asistenciales no realizadas.

- b. Falta de motivación hacia la tutorización de alumnos.
Martínez Juárez y cols (2009), el Consejo de Colegios Profesionales de Médicos (2014), al analizar las debilidades de los modelos tutoriales de MIR, señalan que existe una falta de motivación hacia la función tutorial. Esta desmotivación por desarrollar tareas relacionadas con la tutorización de profesionales sanitarios va en aumento con el paso de los años debido a la falta de profesionalización de la figura del tutor.
- c. Ausencia de formación específica en estrategias y técnicas aplicables en docencia clínica. (Martínez Juárez, 2009; Martínez Juárez, 2011)
La ausencia de Planes de Formación específicos dirigidos a tutores con el fin de que adquieran competencias pertinentes para desarrollar sus funciones de manera eficaz y excelente y/ o para reciclar las que ya poseen es visto como otro punto débil en el análisis de la situación de la función tutorial en nuestro contexto sanitario (Martínez Juárez, 2009, p. 268)
- d. Desconocimiento de los objetivos docentes de las estancias prácticas, funciones de seguimiento y evaluación (Martínez Juárez y cols, 2010)
- e. Ausencia de un catálogo claro y preciso de funciones y tareas a realizar como tutor (Martínez Cláres, Martínez Juárez y Gómez García, 2011).
Las funciones que se atribuyen a la tutorización de profesionales sanitarios, son con frecuencia generales e inespecíficas, lo que genera en los tutores una sensación de desconocimiento de su labor y/o de abandono por parte de los profesionales responsables. *“Estas funciones deberían precisar que tiene que hacer el profesional y no tanto la manera en cómo conseguirlo”.* (p. 114)
- f. Sensación de sobrecarga laboral.
Asumir las obligaciones que implica convertirse en tutor supone sumar una serie de tareas a la función asistencial que ya desarrollan los profesionales sanitarios. Llevar a cabo la función asistencial prima sobre la realización de la función tutorial, lo que conlleva una falta de tiempo específico dedicado al desarrollo de esta función. (Martínez Juárez, 2009, p. 269)

Así pues, como vemos aspectos como la desmotivación, y la falta de conocimientos en relación a cómo se ha de afrontar la formación de los alumnos son dos de los problemas nucleares en la tutorización de profesionales sanitarios. Estos problemas generan desmotivación y amenazan seriamente la función tutorial y con ella la formación práctica adecuada de los futuros profesionales (Martínez Clares, Martínez Juárez, Gómez García, 2011).

Una de las demandas más realizadas por el colectivo de tutores, es el reconocimiento de la labor del tutor a través de una compensación económica complementaria o la reducción de la jornada laboral, bien de varias horas a lo largo de diferentes días o una jornada completa. Sin embargo autores como Álvarez, Vicent, Salamanca, Pérez y Carrasco (2003) consideran que la compensación económica puede introducir elementos distorsionadores que influyan incluso en el papel del tutor, que atraiga a personas interesadas en el aspecto económico y con un interés marginal en la docencia. En cuanto a la reducción horaria, autores como (Urruzuno Tellería, 2004), consideran que la liberación parcial del tutor respecto de la asistencia podría generar un conflicto con otros compañeros al recaer en ellos la labor asistencial del tutor.

Como nos señala Castillo Parra, esta carencia de nociones sobre formación, hace que el profesional cuando se comporta como tutor, reproduzcan los roles de tutorización y docencia de experiencias pasadas como alumno, independientemente de la forma en que éstas fueran vividas, positivas o negativamente. Igualmente esta autora señala que la relación que generalmente se establece entre el alumno y su tutor de prácticas es *una relación vertical y unidireccional, en donde el estudiante asume una posición inferior a su tutor, tanto por su falta de conocimientos, como por su inexperiencia en esa área específica de enfermería, en donde el tutor es quien posee el saber para poder actuar.* (Castillo Parra y Medina Moya, 2006, p. 3)

Si echamos un vistazo atrás, al proceso formativo que los profesionales sanitarios han llevado a cabo, no podemos obviar que los planes de estudios de las disciplinas sanitarias, responden a la separación positivista de las materias, y por la Racionalidad Técnica de la práctica asistencial. Si nos remontamos a los modelos de formación práctica que los actuales profesionales han llevado, como en apartados anteriores comentábamos, los modelos conductistas de la formación

práctica, basada en la imitación, la repetición y la sanción, tienen como protagonistas a un “tutor experto” quien posee el conocimiento, la experiencia y prácticamente todas las respuestas a las preguntas que puedan surgir en el alumno, continuando este último muchas veces -al estilo de las clases teóricas- siendo un pasivo receptor de información. (Medina Moya, 2005)

Uno de los principales escollos a la hora de afrontar la formación práctica, es la diferencia existente entre formación “práctica” y formación “académica o teórica”. Y es que con frecuencia, el tutor se mueve entre la clase magistral y la práctica imitativa. Con frecuencia el tutor, especialmente en los primeros contactos del alumno con un aspecto determinado de la práctica, realiza una exposición teórica de los conocimientos que debe poseer, o sobre la técnica a realizar, tal como si se tratara de una lección magistral (Castillo Parra, 2007). Cuando se han de demostrar estos conocimientos en situaciones prácticas reales, el tutor, espera que el alumno lo realice de la misma manera que él lo mostró. (Medina Moya 2005; Ulibarri Ochoa, 2008).

Existe acuerdo general de que se deben buscar formas de compensación para incentivar el trabajo de los tutores, si bien existe discrepancia sobre cuál sería la mejor fórmula en la situación actual.

Con todo lo dicho, en palabras de Martínez Juárez y cols (2009), para que los tutores sanitarios realicen correctamente la difícil misión docente y hagan suya la acción tutorial como la acción nuclear de su práctica docente, es necesario que se formen como docentes y por supuesto como tutores. Por tanto, la acción tutorial en el contexto sanitario es un proceso continuo y dinámico que necesita de una formación permanente y continua, así como de un autoaprendizaje mutuo y de un enriquecimiento personal y profesional, a lo largo del cual los tutores deben ser apoyados con medidas complementarias de formación y con una clara definición de su perfil profesional, para mantener claras sus funciones y mejorar sus competencias tanto clínicas como docentes y promocionar en su carrera profesional.

3.4. INFLUENCIA DE LAS CREENCIAS EN EL ROL COMO TUTOR.

Uno de los aspectos que no podemos olvidar, es que los tutores poseen una visión acerca del proceso de formación en general, de la formación práctica de los

134. ANDRÉS ROJO ROJO.

alumnos en particular y de la profesión de Enfermería, etc., elaborando juicios acerca de su adecuación, su extensión, el futuro devenir como profesión etc. Estas creencias, como bien nos muestra la investigación en el campo de las Ciencias de la Educación, presenta influencia en su comportamiento como tutor. Así lo muestran las investigaciones sobre la influencia de las creencias sobre la enseñanza en el devenir como docente de alumnos de magisterio (Latorre Medina, 2007).

La Investigación Educativa, existe una variedad terminológica para referirse a las creencias de los docentes. Se habla de teorías implícitas, concepciones, pensamientos, cognición docente, etc. Tal como nos señala Camps (2002), entendemos por creencias, como aquellos constructos mentales eclécticos que provienen de diferentes fuentes, especialmente de experiencias personales, prejuicios e ideas, altamente subjetivos y vagamente delimitados.

Todo este campo de estudio, nos muestra que la actuación docente y su concepción del proceso de enseñanza y aprendizaje, se comprende al entrar en el entramado subjetivo de creencias que sostiene durante su praxis pedagógica. Tal y como nos señala Latorre Medina (2007), el término “creencias” surge en la investigación educativa como un constructo para comprender e interpretar las acciones de los profesores. Por su parte, Borg (2003) destaca que en los últimos 25 años, los estudios llevados a cabo en la materia, reconocen el impacto de los pensamientos y actitudes en su vida profesional. Igualmente autores como González Sanmamed y Fuentes Acebedo (2011) sostienen que las creencias personales del docente, son uno de los factores influyentes en el comportamiento futuro como tal, especialmente las experiencias vitales, académicas y profesionales. Estos autores sostienen que los

“futuros profesores utilizan sus ideas previas como filtro para dar sentido al currículum, de formación, tanto en sus aprendizajes teóricos formales y su posibilidad de traslado a la práctica como en la valoración de la utilidad en las experiencias de campo” (González Sanmamed y Fuentes Acebedo, 2011, p55)

Todos estos autores, señalan que los profesores presentan pensamientos, creencias, “teorías personales”, actitudes, conceptos, perspectivas, etc. acerca de lo que significa la docencia, el aprendizaje, la profesión como docente, el currículo,

el desarrollo institucional de la profesión, la imagen profesional, etc. Estos pensamientos, junto con la percepción de los factores contextuales, condicionan la manera en que actúan como docentes en sus aulas.

Existe una amplia evidencia, sobre la influencia de la experiencia como alumno en el devenir del futuro profesor (Borg 2003; Holt Reynols, 1992); es decir, las experiencias pasadas como alumno alimentan las actitudes y creencias futuras, en relación a qué y cómo se debe enseñar. Del mismo modo, está demostrada la relación existente entre la práctica docente y las concepciones que nutren el pensamiento del profesor, de modo que las creencias, actitudes y percepciones del docente influyen sobre el comportamiento como docente (Borg, 2003; Beach, 1994; Tabachnik y Zeichner, 1986).

El docente, como profesional reflexivo, se encuentra en un constante proceso de crecimiento, aprendizaje e interacción con la realidad educativa, de forma que éste construye activamente sus interpretaciones a través de la reflexión de lo vivido. Por tanto, las decisiones que él o ella toman, están relacionadas con un sistema propio de creencias que le permite afrontar la complejidad de su trabajo. Existe la idea generalizada de que el mejor indicador de las decisiones que ellos tienen durante el trascurso de la actividad docente, son sus creencias y actitudes, y éstas a su vez sobre las percepciones y juicios de lo vivido, influyendo en sus reflexiones y posterior actuación como docente. (Biddle, 2002).

Tal es la repercusión de las concepciones del docente sobre su actuación que autores como Camps lo expresa en los siguientes términos

“El entramado intelectual del profesor se denomina teorías, concepciones, pensamientos, creencias, representaciones, conocimientos o saberes. Estos sistemas conceptuales se originan y se desarrollan en la experiencia y se abstraen de un conjunto de experiencias almacenadas en la memoria; están determinadas por los contextos educativos; son eclécticos, desorganizados, parciales y sin cohesión; no tienen por qué reproducir significados estandarizados o comúnmente aceptados y, a diferencia del conocimiento científico, tienen un carácter subjetivo, popular y temporal; son personales, particulares y específicos; se mantienen normalmente implícitos; a pesar de su resistencia al cambio, pueden evolucionar por influencia de nuevas experiencias y procesos de debate”. (Camps, 2002: 210).

Respecto a la influencia de las creencias que posee el tutor en el desarrollo de su labor como docente, Latorre Medina (2007), recoge tres ideas fundamentales aportadas por Pajares (1992), como son:

- Las creencias que poseen los docentes, influyen en su percepción y juicio, que son los que en realidad afectan a lo que dicen y hacen en clase.
- Las creencias juegan un papel clave en cómo los profesores aprenden a enseñar, esto es, en como interpretan la nueva información acerca de la enseñanza y el aprendizaje y como esta información es trasladada hacia las prácticas de clase.
- Identificar y comprender las creencias de los profesores, y por ende, de los que estudian para serlo, es fundamental para la mejora de la práctica de la enseñanza y los programas de formación inicial.

Para Crookes (2003), Hamel (2003), Harmer (1998) Moll (1993), Tillema, (1998) y Williams y Burden (1999) las creencias de los docentes influyen en su actuación más que los conocimientos disciplinarios que ellos poseen. Las creencias tienden a estar limitadas culturalmente, a formarse en una época temprana de nuestra vida y a ser resistentes al cambio. Las creencias están íntimamente relacionadas con lo que se cree que se sabe, pero ofrecen un filtro eficaz que discrimina, redefine, distorsiona o modifica el pensamiento y el procesamiento de la información posteriores.

Como nos muestra Díaz, Martínez, Roa y Sanhuesa (2010), citando a autores como (Barry Ammon, 1996, Pajares, 1992, Goodson y Numan, 2002) las creencias de los docentes se caracterizan por distintas características:

- Se forman tempranamente y tienden a perpetuarse y persistir frente a la contradicción de la experiencia.
- Las personas desarrollan un sistema de creencias que alberga a todas aquellas adquiridas mediante el proceso de transmisión cultural.
- El sistema de creencias tiene una función adaptativa que ayuda a las personas a definir y comprender el mundo y a ello/as mismo/as.
- El conocimiento y las creencias están intrínsecamente relacionados; sin embargo, la naturaleza afectiva, evaluativa y episódica de las

creencias hace que ellas se conviertan en un filtro mediante el cual se interpretan nuevos fenómenos.

- Los procesos de pensamiento pueden muy bien ser los precursores y creadores de las creencias; no obstante, el efecto filtro de las creencias redefine, distorsiona y reestructura el procesamiento posterior de la información.
- Cuanto más temprano se incorpora una creencia en la estructura de creencias, su modificación resulta más difícil.
- El cambio de las creencias durante la adultez es un fenómeno relativamente raro.
- Las creencias son instrumentales en la definición de tareas y la selección de herramientas cognitivas con las cuales interpretar, planificar y tomar decisiones con respecto a las tareas; por lo tanto, las creencias tienen un rol fundamental en la definición de un comportamiento y la organización del conocimiento y la información.
- Las creencias influyen en la percepción, pero no son un camino confiable para acceder a la naturaleza de la realidad.

Como nos señala este autor,

“...las creencias de los docentes respecto a lo que es la enseñanza afecta a toda su actuación dentro del aula, tanto si estas creencias son implícitas como explícitas.... Aunque un docente actúe de forma espontánea o por costumbre, sin pensar en la acción, dichas actuaciones surgen de una creencia profundamente enraizada que puede que nunca se haya explicitado...En este sentido, las creencias profundamente enraizadas que tienen los docentes sobre la forma en que se aprende un contenido impregnarán sus actuaciones en el aula más que el método concreto que estén obligados a adoptar o el texto que utilizan.” (Díaz y cols 2010, p 427)

Estas creencias, son las que fundamentan que los tutores, incidan en la formación de unos aspectos y no de otros, desarrollen una forma de proceder como tutor (metodología) determinada, presenten una actitud más positiva o negativa acerca de la acción tutorial, de su labor, y por tanto sean más o menos reactivos para con el tutor del centro universitario. Estas creencias, normalmente

138. ANDRÉS ROJO ROJO.

se enraízan en el perfil emotivo, y no son fácilmente cambiantes, pues a diferencia del “conocimiento” no se basa en cánones o medios objetivos, sino en aspectos o vivencias subjetivas; estas creencias se forman de la valoración que el sujeto hace de hechos vividos, llegando a formar redes de pensamiento, difíciles de cambiar. Esto es particularmente llamativo, en aspectos como la modificación de conductas a la hora de afrontar nuevos métodos docentes.

3.5. EL TUTOR IDEAL EN EL GRADO DE ENFERMERÍA.

Autores como Windsor (1987), Li (1997), Obermann, (1991), López y Yam (2001), citados por Vizcaya Moreno (2005) consideran que el papel que juega el tutor de prácticas y sus cualidades como docente clínico, es fundamental para el éxito del proceso de aprendizaje del alumno.

La definición de un “tutor ideal” o un “tutor efectivo”, preocupa especialmente en el contexto anglosajón donde las publicaciones científicas en el campo de la Enfermería a este respecto, se hacen abundantes a partir de los años ochenta del pasado siglo. Es especialmente relevante el interés por esta temática que como muestran Sutkin, Wagner, Harris y Schifferm (2008) en la disciplina médica, donde ya antes de 1966 existen publicaciones científicas al respecto, aumentando exponencialmente el interés desde entonces hasta nuestros días.

Tradicionalmente estudiado en el ámbito anglosajón, el *Tutor Efectivo* (Effective Clinical Instructor; Effective Clinical Teacher; Effective Mentor...), se define como *aquel profesional que establece un clima positivo de aprendizaje, controla la sesión educativa, comunica los objetivos, promueve la comprensión y retención del conocimiento, evalúa el desempeño de los estudiantes, promueve el feedback y facilita el autoaprendizaje del alumno en el contexto clínico real.* (Stanford Faculty Development Program, 2011).

En el contexto nacional, esta inquietud empírica es escasa; más bien se limita, como veíamos anteriormente, a las demandas o desideratas en documentos oficiales respecto a los criterios que debe cumplir el personal de enfermería que deseara ser tutor de alumnos de diplomatura/ grado. Sin embargo estas desideratas no han sido comprobadas a posteriori por estudios científicos.

La definición de un núcleo de características sobre las cuales vertebrar las competencias que debe poseer un docente clínico permite establecer un eje a partir del cual planificar estrategias y acciones para alcanzar la excelencia tanto en la evaluación del papel del tutor, como en su formación (Tiviño, Sirham, Moore y Reyes, 2009). El deseo de saber cómo realizan su función como tutores de prácticas con los alumnos es lo que inspiró a la creación de instrumentos como el Clinical Teaching Effectiveness Instrument (CTEI), el Masstrich Clinical Teaching Questionnaire (MCTQ), el Student Evaluation of Teaching in Outpatient Clinics (SETOC) entre otros. Todos estos instrumentos, lejos de ser unánimes y concluyentes en sus resultados, (Zibrowski, Myers, Norman y Goldsmidt, 2011) establecen al menos la intención de evaluar la labor de los tutores en su quehacer como tal y valorar su labor como docentes en el contexto clínico real.

El primero (CTEI) creado en 1997 (Copeland y Hewson, 2000) establece 15 preguntas valoradas en una escala de 5 puntos. El SETOC (Zuberi, Bordage y Norman, 2007) valora a través de 15 ítems los atributos del tutor, a través de cuatro dominios distintos.

El MCTQ, es quizás el más extendido de estos cuestionarios. Este cuestionario mide las percepciones de los alumnos sobre su tutor, sus habilidades como tal, durante su aprendizaje pre-graduado en la titulación de Medicina. Creado por Stalmeijer, Dolmans, Wolfhagen, Muijtjens y Scherpbier (2008), en la Universidad de Maastrich, se basa en un modelo de aprendizaje cognitivo. El MCTQ analiza seis aspectos que ayudan a hacer explícita la forma de proceder del tutor respecto del alumno. En cada aspecto a valorar, se realizan una serie de afirmaciones que el alumno valora de 1 a 5 según considere.

Respecto a las características que los Buenos Tutores, deben poseer, destaca el trabajo de Sutkin y cols (2008), donde tras un estudio de la literatura anglosajona desde 1909 a 2006 y la revisión de cientos de artículos al respecto, se encontró un total de 480 descripciones de lo que los distintos autores consideraban como un buen docente clínico. De todas ellas, los autores, condensan tres grandes categorías, que recogen 49 atributos sobre el buen docente clínico. De todos estos atributos, dos tercios (67% de las referencias) responden a lo que los autores han denominado "*noncognitive*" mientras que el resto, son características "*cognitive*".

140. ANDRÉS ROJO ROJO.

“We defined “noncognitive” characteristics as those involving relationship skills, emotional states, and personality types, and “cognitive” characteristics as those involving perception, memory, judgment, reasoning, and procedural skills” (Sutkin y cols, 2008, pg 452)

De entre las características que son reflejadas por estos autores, destacan entre otras: el grado de competencia clínica y técnica así como la capacidad de razonamiento clínico; mostrar entusiasmo por la profesión; una relación con el paciente modélica; muestra profesionalismo; es experimentado (posee experiencias profesionales), mantiene relaciones positivas con el alumno, demuestra entusiasmo por la enseñanza, es accesible a los estudiantes, proporciona explicaciones efectivas respuestas a las preguntas y demostraciones adecuadas; es organizado y transmite los objetivos de aprendizaje; demuestra conocimientos y competencias sobre métodos de enseñanza y su aplicación; estimula en los alumnos el interés por el aprendizaje y el pensamiento crítico; involucra activamente a los alumnos; posee habilidades comunicativas, etc.

La relación de todas las características detalladas por Sutkin y cols, se adjuntan en los Anexos están en el artículo de sutkin

Estos autores, concluyen que una enseñanza clínica excelente, aunque multifactorial, trasciende de los criterios que puedan regir la enseñanza tradicional, y está caracterizada por aspectos como la inspiración, el apoyo, la implicación activa y la capacidad de comunicar y empatizar con el estudiante. Estas características no-cognitivas, son las más apreciadas por parte de los estudiantes a la hora de valorar los atributos como tutor.

Como nos señala Gardner y Dunphy (2010) autores como Gates and Cutts (1995), Gignac-Caille et al (2001), Lee et al, (2002), Cook (2005), Tang et al, (2005) Johnson-Farmer and Frenn (2006), Schonwetter et al (2006), Kelly (2007), Hanson (2008) entre otros, tratan de describir las características que los Clinical Teachers deben poseer, a partir de las descripciones que de ellos hacen los alumnos. De un modo no consecutivo ni inclusivo, la mayoría de los autores identifica este listado como aspectos deseables en los docentes clínicos, desprendiéndose de ellos distintos “atributos”, “características” o “comportamientos” que caracterizan al buen tutor clínico:

1. Competencia Profesional. El buen tutor, debe poseer experiencia profesional significativa, con la que poder ayudar a los alumnos a solventar los problemas de la práctica diaria.
2. Conocimiento. El conocimiento que debe poseer el tutor debe estar focalizado en distintas áreas: conocimiento profesional, conocimiento de los objetivos curriculares y proyectos docentes de los alumnos, conocimientos del entorno laboral y conocimientos didácticos.
3. Feedback: establecer relaciones en las que el alumno encuentre apoyo a las dudas a través de la expresión de críticas constructivas por parte del tutor.
4. Comunicación de expectativas: los alumnos reclaman saber que se espera de ellos, como una forma de centrar los objetivos y desarrollar su potencial de aprendizaje: como se deben preparar, que deben conocer, cuales son los objetivos planificados para el día, como los van a conseguir, etc.
5. Ajustar las experiencias educativas a las necesidades de los alumnos y los objetivos de aprendizaje previstos: seleccionar entornos y actividades adecuadas para que el alumno aprenda aquello que se exige de él (objetivos curriculares), utilizar métodos docentes adecuados al alumno.
6. Paciencia y empatía. Como patrones de comportamiento clave para mantener una comunicación adecuada con los alumnos
7. Ayudar a los estudiantes a formar parte del equipo de trabajo. La sensación de pertenencia al grupo contribuye a que los alumnos se integren e identifiquen en el mismo, siendo capaces de maximizar las experiencias de aprendizaje.
8. Mantener una actitud no enjuiciadora: aceptar las preguntas y proposiciones de actuación de los alumnos, sin emitir juicios de valor al respecto, ni menospreciar las aportaciones de éstos.
9. Respeto: mantener una actitud de respeto hacia los alumnos como individuos.
10. Entusiasmo y motivación: motivación por la labor docente y por la labor profesional que se desempeña; transmitir a los alumnos que “amas” lo que estás haciendo, mostrar a los alumnos interés por ellos como individuos.

142. ANDRÉS ROJO ROJO.

11. Justo: tratar y evaluar a los alumnos bajo criterios de justicia acorde a los objetivos a cumplir.
12. Modelo: el tutor se comporta como un “modelo” para el alumno, de modo que éste “imitará” todo lo que el tutor realiza, desde relaciones con otros profesionales, acciones profesionales y relaciones con pacientes y familia, entre otros aspectos.

En el contexto latino, en esta misma línea, se han generado distintos instrumentos para conocer la percepción de los estudiantes sobre el desempeño de sus docentes clínicos. Destacan por ejemplo el método MEDUC30, desarrollado y validado por Bitran et al (2010). Más recientemente encontramos un cuestionario adaptado de este último, a la especialidad de Radiología, en MEDU-RX32. (Huete y cols, 2014). Ambos cuestionarios, han sido validados su aplicación consiguiendo buenas cualidades métricas y de aplicabilidad al contexto de la formación MIR.

De entre las limitaciones que se pueden encontrar en el empleo de este tipo de cuestionarios basados en las impresiones de los alumnos acerca de su relación con el tutor, se encuentran el carácter subjetivo que la visión del alumno puede albergar respecto al tutor, en base a su relación personal. Autores como Boerboom y cols (2012), ya lo apuntan.

El estudio sobre la perspectiva directa del tutor es una opción contemplada recientemente en comparación con el interés que despertaba conocer la opinión de los alumnos tutorizados. En este sentido, autores como Roos y Bruce (2007), y Colthart y cols (2008) apuntan a la posibilidad de que instrumentos que ayuden a la autoevaluación proporcionan información valiosa tanto para los supervisores, como especialmente a los propios tutores, en busca de la excelencia.

En este sentido, algunos autores han realizado cuestionario auto-exploratorios para los tutores. Stalmeijer y cols (2010), elabora un cuestionario para tutores postgrado de medicina, que es complementado con opiniones de los propios alumnos sobre su proceder como tutor. Este cuestionario a los tutores, combina una serie de afirmaciones en las que se muestran comportamientos y actitudes del tutor para con su labor como tal y su relación con el alumno. (se Adjunta en los Anexos)

En un sentido diametralmente opuesto, otros investigadores, como por ejemplo Ramini (2003) apuntan por detallar una serie de estrategias para proporcionar una adecuada enseñanza en la práctica clínica, de forma que se establece un catálogo de consejos recogidos de la extensa bibliografía. En esta línea destacan los trabajos de Cox (1993) y Ende (1996). No obstante estas estrategias, detallan la forma en la que el tutor debe afrontar la relación diaria del docente con el alumno desgranándola en tres etapas, a saber: antes de la sesión, durante la sesión y tras la sesión.

Estos autores, recomiendan antes de la sesión: preparar lo que se va a ver en el día; planificar la jornada y orientar al alumno en la misma; durante la jornada, la actuación del tutor se basa en la interacción la observación de lo que hace el alumno, la enseñanza de cómo se debe hacer y establecer un resumen; y tras la sesión, el tutor debe proporcionar un debriefing apropiado, donde se estimule el feedback por parte de ambos y se estimule a la reflexión por parte del alumno, para terminar preparando la siguiente sesión.

Desde nuestro punto de vista, este tipo de aportaciones, se podría establecer en cada acción u objetivo de aprendizaje que el tutor pretenda para con el alumno, y no tanto respecto a la jornada de tutorización.

Lejos de estas experiencias, en el contexto español, encontramos un catálogo de aspectos deseables que debe poseer un tutor adecuado. Estos aspectos deseables son competencias que debe poseer un tutor clínico en el contexto sanitario. Ahora bien, estas competencias más que desarrolladas de forma empírica, han sido establecidas a través de la revisión de la literatura y la deseabilidad. Destaca en particular el desarrollado por la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Andalucía en 2011. Este mapa de competencias del tutor, se encuentra disgregado en "Conocimientos", "Habilidades" y "Actitudes", conformando un total de 31 atributos.

De entre todos ellos destacan algunos como: capacidad de motivación, metodología pedagógica (didáctica y técnicas docentes), evaluación de la formación, conocimiento de la estructura académica, habilidades sociales y de comunicación, capacidad de planificar objetivos y gestionar el tiempo, escucha activa, flexibilidad y colaboración, disponibilidad y accesibilidad al estudiante,

144. ANDRÉS ROJO ROJO.

entre otras. Encontramos pues muchas de las características antes descritas en los contextos anglosajones.

3.6. EL TUTOR TOXICO

Del mismo modo que hemos comentado la influencia positiva de contar con la presencia de un buen tutor para el proceso de aprendizaje del alumno, es sabida y reconocida la influencia negativa en el proceso de aprendizaje y el desarrollo como profesional del alumno de un “mal tutor”. La literatura anglosajona reconoce la figura del Tutor Tóxico (Toxic Mentor).

Esta figura del Tutor Tóxico se enmarca dentro del análisis de la relación que se establece entre el tutor y el alumno, de forma que cuando ésta no cumple los objetivos educativos esperados de colaboración, respeto, etc. y se desarrolla bajo condicionantes relacionales negativos, ésta es considerada como tutoría disfuncional (disfuncional mentoring).

Puesto que cada persona ocupa un papel singular en la relación entre tutor y alumno, el alumno espera que un mentor sea una guía, maestro y entrenador; y los tutores esperan que el alumno sea un aprendiz ansioso que esté dispuesto a prestar atención a seguir los consejos del tutor.

Así mismo, los mentores deben encontrar un punto cuidadoso equilibrio entre ser solidarios con sus alumnos y estar dispuestos para proporcionar una crítica constructiva. Se espera que los alumnos muestren respeto y deferencia a sus mentores desarrollando al mismo tiempo una imagen profesional independiente. Cuando estas expectativas entre ambos actores, no son cumplidas aparecen relaciones disfuncionales entre ambos.

Cuando se hace referencia a la relación disfuncional que se establece entre alumnos y tutores, la mayoría de los estudios se centran en la visión de los alumnos acerca de la experiencia vivida con los tutores, reportando problemas tales como desajustes de personalidad, la negligencia del mentor, “sabotaje del mentor” y mentores que carecen de conocimientos técnicos, entre otras cosas (Eby y Allen, 2002; Eby, Butts, Lockwood y Simon, 2004)

Como nos recuerda Galicia, Rodríguez, Cárdenas y Jimenez (2010), le corresponde al tutor clínico actuar como mediador del proceso de integración. Es

él el contacto directo entre el alumno y el escenario, acompañándolo durante la práctica clínica y orientando la interpretación del alumno con respecto al entorno hacia el aprendizaje. Y es que como afirma esta autora, el tutor identifica situaciones que limitan u obstaculizan el aprendizaje del alumno y precisa en todo momento los objetivos de la práctica clínica, construyendo soluciones que favorezcan la generación de aprendizajes significativos y la integración del alumno al entorno.

Uno de los principales factores estresantes en el alumno de prácticas a la hora de afrontar su periodo de formación o estancias en centros sanitarios, es la relación que va a establecer con el tutor asignado. De esta forma este factor, ha sido considerado por algunos autores como el factor más determinante para lograr el éxito en el aprendizaje clínico (Saarikoski, 2002). Los estudiantes con buenos recuerdos acerca de un contexto clínico concreto y de una buena relación con el tutor, tienen más posibilidades de finalizar la carrera de enfermería (Reyes Revuelta, García Rodríguez, Fernández Mérida y Amat Mata, 2012). Si bien las experiencias no abundan (Reyes Revuelta y cols, 2012), éstas experiencias negativas pueden coartar el desarrollo del alumno, hasta llegar a abandonar o cuestionarse su vocación profesional como enfermera.

Igualmente esta autora nos recuerda que la presencia de actitudes autoritarias, juiciosas, inflexibles al igual que paternalistas, sobreprotectoras y pasivas dentro de la práctica influirán directamente en la integración y en el aprendizaje mismo de manera negativa, pudiendo incluso obstaculizar dichos procesos.

Para entender que se considera una relación disfuncional, vamos a atender a lo que Olian, Carroll, Giannantonio y Feren (1988) citados por Feldman (1999), consideran al respecto. Para ellos, una relación disfuncional es aquella en la que al menos uno de los dos participantes (tutor o alumno), siente frustradas sus principales necesidades; si bien, ninguna relación satisface habitualmente todas las necesidades de ambos participantes. Del mismo modo, caracterizan por añadidura que en una relación disfuncional, uno o ambos participantes, sienten que el coste-beneficio global (emocional, económico, etc) de esta relación no es satisfactorio.

Ahora bien, ¿por qué causas aparentes se pueden desarrollar relaciones de tutoría disfuncionales?. Feldman (1999), a través del análisis de la literatura especializada, nos apunta algunas respuestas. Este autor considera que existen cinco posibles causas:

- Tipos de expectativas establecidas por los participantes en la relación
- Tácticas Impression management²⁴
- Incompatibilidad de caracteres.

Es este último, la incompatibilidad de caracteres, el factor al que el autor considera más relevante a la hora de desarrollarse una relación disfuncional entre tutor y alumno. Se considera por tanto que una personalidad disfuncional es debida en parte a una personalidad egocéntrica, exigente o “explotadora” por parte del tutor (Myers y Humphreys, 1985, citados por Feldman, 1999). En esta línea, Feldman (1999), considera que la personalidad del alumno contribuye tanto como la propia personalidad del tutor a desarrollar esta relación disfuncional; llegando incluso a definir al “alumno tóxico” (Toxic Protege). Así pues, la incompatibilidad de ambos caracteres puede ser un factor que indique mala relación tutor-alumno y por tanto mal aprovechamiento de la misma. Por ejemplo tutores excesivamente exigentes con alumnos tendentes a la frustración; tutores o alumnos excesivamente extrovertidos con tutores o alumnos excesivamente tímidos; etc.

Del mismo modo, la influencia de aspectos sociodemográficos, tales como la edad, la nacionalidad y el sexo son entendidos por la literatura como posibles condicionantes y predictores de éxito o fracaso de relación entre tutor y alumno. A este respecto, Ragins y Scandura, 1997, citados por Feldman (1999), argumenta que los hombres tutores, son más agresivos que las mujeres. Del mismo modo consideran que las mujeres proporcionan más apoyo e intimidad que los hombres.

Respecto a la diferencia de edad entre tutor y alumno, Feldman (1999) considera que tanto edades cercanas como excesivamente alejadas entre sí son

²⁴ Gestión de la Impresión. En la sociología y la psicología social, la gestión de impresión es un proceso consciente o inconsciente en el que la gente trata de influir en las percepciones de las demás personas sobre una persona, objeto o evento. Lo hacen mediante la regulación y control de la información en la interacción social.

perjudiciales; bien por generar inseguridades en el alumno respecto a la falta de experiencia, bien por poseer conocimientos y habilidades obsoletas.

En paralelo a la edad, y haciendo hincapié en la fase profesional en la que se encuentra el tutor, solo cuando tienen establecido su puesto de trabajo, y su conciencia personal respecto a lo que son capaces de hacer (*reputation*), los tutores se encuentran en una posición adecuada para ser tutor. En este sentido Schein, (1990) a la hora de estudiar las relaciones “disfuncionales” de tutoría, define las “*Career anchors*”, como aquellas condiciones estables del tutor, que pueden ser usadas como predictores. Este autor considera que las motivaciones, habilidades y el desarrollo profesional después de 5 - 10 años son los indicadores ideales como predictor de la adecuada (o no) relación tutor-alumno. Este periodo de tiempo es el idóneo para que el tutor conozca la profesión, y su motivación personal en ella, de modo que se aleja de los ideales del profesional novel, que en cierto modo posee asunciones en cierto modo falsas.

Un aspecto destacable es la referencia expresa que algunos autores (Fledman 1996; Jeong y Choi 2011; Bittner y O'Connor (2012) realizan sobre la sobrecarga de trabajo y la influencia del entorno y la motivación laboral del tutor a la hora de afrontar la relación con el alumno. En este sentido, estos autores, sostienen que los ambientes, excesivamente sobrecargados de trabajo y estrés, contribuyen a desarrollar relaciones disfuncionales entre tutor y alumno.

CAPITULO IV. EL APRENDIZAJE EN EL CONTEXTO CLINICO. EL APRENDIZAJE A PIE DE CAMA.

4.1. Definición de aprendizaje en el contexto clínico. Aprendizaje a pie de cama.

4.1.1. El entorno de aprendizaje clínico.

4.2. Aspectos éticos y legales del aprendizaje en el contexto clínico.

4.2.1. El paciente como objeto de aprendizaje.

4.2.2. El tratamiento del error en la formación práctica.

“Enseñar no es transferir conocimiento, sino crear las posibilidades para su producción o construcción”.

Paulo Freire (2006)

CAPITULO 4. EL APRENDIZAJE EN EL CONTEXTO CLINICO. EL APRENDIZAJE A PIE DE CAMA.

4.1 DEFINICIÓN DEL APRENDIZAJE EN EL CONTEXTO CLÍNICO. EL APRENDIZAJE A PIE DE CAMA.

La formación de enfermería se produce en muchos contextos y formatos diferentes. Al igual que en la mayoría de otras disciplinas el periodo de formación académica o teórica se da en forma de clases magistrales, conferencias, talleres, seminarios, y prácticas de laboratorio. Todas ellas son las variaciones más comunes de los ambientes de clase con los que los estudiantes de enfermería se encuentran. Ahora bien, la entrada sobre el terreno clínico supone una ruptura con todo lo anterior.

Como ha quedado constatado anteriormente, la formación práctica, el Practicum, la práctica clínica o cualquier otra definición que queramos adoptar, es un período de transición, que permite a los estudiantes consolidar el conocimiento teórico adquirido y desarrollar las competencias propias de su etapa formativa. Durante su estancia en el ámbito clínico, se espera que los estudiantes desarrollen competencias en la aplicación de conocimientos, habilidades, actitudes y valores inherentes a la profesión de enfermería.

No obstante, el aprendizaje que se da en los contextos asistenciales, se somete a normas poco usuales; el ambiente académico del aula (en cualquiera de sus formatos), estable, con roles definidos entre el profesor y el alumno, cambia sustancialmente al entrar en un entorno no académico. Este entorno, el ambiente clínico, es mutable, con altas cargas de estrés, y dominado por profesionales no vinculados directamente con la docencia.

Igualmente el contexto clínico-asistencial se encuentra enmarcado en un halo de incertidumbre, cambiante con distintas situaciones de potencial aprendizaje. Este carácter, hace que los objetivos a conseguir no sean siempre realistas, y el aprendizaje en el contexto clínico quede con frecuencia vinculado al oportunismo o la suerte.

Por todos estos factores, la formación práctica en los contextos asistenciales, es categorizada por distintos autores como falta de rigor, caótica y arbitraria

(Morris y Blaney, 2010). El grado de formación de los alumnos durante su estancia en los servicios sanitarios, depende de factores como la posibilidad de haber vivido u observado una determinada situación, el carácter del tutor, la integración con el personal, etc. Esta falta de rigor es uno de los argumentos usados desde los contextos académicos para considerar al proceso de formación práctica como accesorio o complementario.

Desde el punto de vista didáctico, cuando tratamos de analizar la naturaleza del proceso educativo dado en el Practicum, prácticas clínicas o cualquier otra denominación que queramos darle, nos referimos a lo que se conoce como Enseñanza Clínica (EC) o Enseñanza en el Ambiente Clínico, siendo éste el proceso de enseñanza y aprendizaje dado en el contexto sanitario real, y está enfocados al manejo de los cuidados de los pacientes y sus problemas, y habitualmente comprometiéndolos también directamente en este proceso (Spencer, 2003). Es decir se refiere al proceso de enseñanza y aprendizaje que tiene como entorno de aprendizaje el contexto hospitalario, o cualquier otro lugar donde se desarrolle una acción sanitaria asistencial.

En este ambiente clínico, es que diversos autores identifican factores que intervienen en el fomento de un “buen entorno educativo”: el entorno social, el interés en la formación del estudiante, la buena comunicación entre los actores y la preparación de las enfermeras que asumen la responsabilidad en el aprendizaje del alumno (Pulido, Aparicio, Mas, Tovar y Rodriguez, 2008; Zapico, 1997).

Al tratar de estudiar el fenómeno del aprendizaje en el contexto clínico, surgen multitud de movimientos teóricos que a lo largo de la historia han tratado de teorizar acerca del aprendizaje en los contextos laborales, no formales; *teorías del aprendizaje situado, aprendizaje en el lugar de trabajo, aprendizaje-acción*, etc. entre otras muchas han tratado de explicar, cómo las personas aprenden desde la práctica o a partir de ella. De cualquier forma, el aprendizaje en los contextos de trabajo, en nuestro caso, en los entornos clínicos, ha sido catalogado comúnmente como un “aprendizaje informal” o “aprendizaje no estructurado”, en contraposición al “aprendizaje formal” que se da en los entornos académicos, por ser éste planificado, estructurado, evaluado, etc. de una forma rigurosa.

Estas descripciones poco ayudan a la profundización teórica de esta realidad, pues aportan significados intrínsecos negativos. Se entiende que el

aprendizaje en los contextos laborales, es de menor calidad puesto que parte de tres premisas:

- Las instituciones laborales, carece de profesionales adecuados para la docencia y que apliquen técnicas didácticas; aspecto que si gozan las instituciones educativas. (Ericsson y Lehmann, 1996)
- Tiene un alto componente de incertidumbre y de oportunidad, siendo catalogado de “incidental y oportunista”. En este sentido diversos autores entienden el aprendizaje “incidental” o “invisible”, como implícito, espontáneo, tácito, inconsciente, ocurre constantemente sin que el sujeto tenga el propósito de aprender, ni conciencia de estar aprendiendo (Conner, 2009; Cobo y Moravec, 2011). Encarna un amplio rango de experiencias del aprendiz en sus ordinarias interacciones con el mundo. En este sentido, se opone al “aprendizaje intencional”, se produce con conciencia del aprendiz de la actividad o esfuerzo personal que realiza con el propósito de aprender algo, generalmente contando con la ayuda de otro, como la que inmediata, deliberada y sistemáticamente tiene lugar en una institución educativa.
- Gran parte del aprendizaje se produce a partir de la propia motivación y participación del alumno y la relación que establece principalmente con el tutor. (Evans 1993)

Pese a éstas críticas, diversos autores han estudiado el proceso de aprendizaje que se da en determinados oficios, basados específicamente en un aprendizaje práctico, (costureros, trabajadores de empresas lácteas, etc.). Estos autores, desmienten cada uno de estos supuestos, al considerar que estos procesos de aprendizaje en la práctica, son en gran parte estructurados, y secuenciados por el propio proceso laboral y las normativas institucionales. Así pues el progreso del alumno se realiza de forma secuencial, de forma que va aumentando en complejidad, según domina competencias básicas.

Así Leve (1990), describe el proceso de aprendizaje de costureras, y describe que inicialmente se dedican a planchar, para finalmente participar en el proceso creativo de la prenda. Billett (2001) elabora un proceso similar al analizar el proceso de aprendizaje de los alumnos en las peluquerías. Este autor, considera

que en gran medida, la realización de tareas a priori consideradas como poco profesionales o no propias de dicha profesión, se conforman como nucleares; así por ejemplo que un alumno de peluquería en un periodo inicial limpie, ordene la peluquería, y reciba a los clientes, dota al alumno de competencias en higiene y comunicación con el cliente, aspectos básicos para el profesional de la peluquería. Posteriormente, aprenden a cortar el pelo y las distintas técnicas y tendencias estéticas.

El contexto asistencial, con todos sus condicionantes, ofrece la oportunidad para que el alumno adquiera experiencia clínica. Es el propio alumno el responsable de su propia experiencia. Todos los demás aspectos, en particular el rol del tutor en tanto que docente clínico, se centran en propiciar al alumno las mejores oportunidades para que el alumno aprenda. El docente no va a hacer que aprenda el alumno. En palabras de Freire (2006), el alumno no es un “banco” que podamos “llenar” de conocimientos, como si fueran depósitos con la esperanza de que él los movilice en el momento oportuno.

Realizar prácticas en contextos asistenciales, implica exponer al alumno a las realidades profesionales de enfermería y ésta experiencia educativa, no puede ser sustituida por otras situaciones de aprendizaje como lecciones magistrales, libros de texto o simulaciones. Y es que a pesar de la evidencia que enfatiza la utilidad de estrategias como la Simulación Clínica en el manejo de competencias clínicas, habilidades y juicios críticos (Alexander y cols, 2015), aspectos como la socialización profesional, el trabajo con el paciente real en un contexto real o solo es posible en la práctica clínica.

Ahora bien, aunque los estudios observacionales y empíricos, contradicen los supuestos acerca del papel secundario del aprendizaje en los lugares de trabajo, lo cierto es que éste se ve afectado por distintos “riesgos” que hemos de tener en cuenta, si queremos que éste cumpla realmente con su función formativa, y que el alumno aprenda.

Aspectos como el rol que juega el tutor, el rol que juega el alumno, el entorno y las posibilidades que de aprendizaje que se dan en el entorno laboral, determinaran el buen fin de éste.

No obstante, pese a las reticencias ya comentadas desde la comunidad académica e incluso científica de considerar a la experiencia práctica como una

entidad de relevancia en el proceso de aprendizaje, no solo de los profesionales en formación, sino de los propios profesionales en activo, autores como Argyris y Schon (1992) plantean una renovación y un cambio de planteamientos, desarrollando la Epistemología de la Práctica, como movimiento contrapuesto a las tradicionales teorías de aprendizaje. A continuación exploraremos el Aprendizaje en el Contexto y el Entorno de Aprendizaje como generadores de conocimiento, tan válido como el conocimiento académico.

4.1.1 El Entorno de Aprendizaje Clínico.

Generalmente el concepto de entorno se refiere al espacio físico o escenario que circunscribe las actividades e interacciones que realiza un grupo con un fin definido. Un entorno de aprendizaje se define entonces como el contexto en el que se enmarcan actividades y procesos de carácter educativo orientadas al aprendizaje. Papp, Karkkannen y Von Bonsdorff (2003) definen el Entorno de Aprendizaje Clínico (EAC) incluye todo aquello que rodea al alumno de enfermería, incluyendo el entorno físico, el personal y los pacientes.

Algunos autores amplían esta definición, al incluir las condiciones psicológicas o emocionales y las influencias sociales o culturales que afectan al crecimiento y desarrollo del compromiso del adulto en una iniciativa educativa. (Vizcaya, de Juan, Pérez y de Juan, 2004). Según estos autores, las interacciones sociales y la comunicación interpersonal son los aspectos más determinantes a la hora de afrontar el aprendizaje en el contexto clínico.

El entorno clínico, es un espacio particular para el aprendizaje, puesto que en él se desarrollan labores y actividades orientados a al cuidado de las personas y a la recuperación de su salud. En ocasiones esto no es posible, y sobreviene la muerte y el sufrimiento. Es un entorno duro, puesto que en gran parte, los cuidados implican el trato con la persona que sufre un proceso de enfermedad, así como con su familia. El aprendizaje por tanto, se encuentra inmerso en este ambiente, con gran carga sentimental y emocional, donde la seguridad del paciente es una prioridad. Desde la perspectiva de aprendizaje, el entorno clínico constituye un amplio recurso educativo en cuyo marco suceden las experiencias básicas que contribuyen al proceso de desarrollo de los seres humanos.

Se asume que, el entorno clínico constituye un escenario complejo, con significados y características con las cuales el alumno no ha tenido contacto directo en su nuevo rol profesional. Es probable que durante su desarrollo académico se le haya orientado sobre la vida dentro del trabajo clínico, las características de las instituciones y algunos aspectos importantes para la práctica clínica, sin embargo, el encuentro con esta realidad profesional resulta ser siempre algo mucho más amplio, situación que acentúa la complejidad y la importancia del proceso de integración del alumno a su nuevo entorno. En la medida que el alumno logra integrarse, se potencializa el aprendizaje y adquiere sentido el carácter significativo, otorgando mayor importancia a las experiencias vividas dentro de la práctica clínica.

El EAC, viene siendo estudiado como un factor determinante de la formación práctica de las enfermeras y por ende de la calidad de la formación enfermera general, en el ámbito anglosajón desde mediados de los años ochenta de la pasada década.

Autores como Gardner y cols (2004), confirman la importancia del entorno clínico en la formación de la enfermera. Por su parte Fraser (1998) y Atalay y cols (2004), sugieren que los resultados de los estudiantes durante el proceso de aprendizaje clínico podrían mejorarse al modificar el entorno de aprendizaje, ya que los entornos clínicos negativos dificultan el desarrollo de habilidades por parte de los alumnos.

Como comentábamos anteriormente, el aprendizaje en el contexto clínico, es como lo denominan en el ámbito anglosajón un "Aprendizaje a Pie de Cama" (APC) (*bed side teaching and learning*). Y es que como su propio nombre indica, éste se da con la relación directa entre el alumno, el paciente, la familia y el resto de profesionales. El APC, es por tanto aquel que se da en presencia de un paciente, independientemente del contexto sanitario en que nos encontremos (hospital, ambulancia, centro de salud, etc.)

Este concepto, es en sí mismo un campo de conocimiento e investigación en los contextos anglosajones, donde existe una larga tradición entorno a esa forma de enseñar y aprender en las disciplinas médicas, especialmente en medicina. Así William Osler (Pérez Peña, 2008) considerado el padre de esta forma de actuar, afirma que si bien se puede enseñar medicina sin un paciente, la mejor enseñanza

la proporciona el propio paciente. Y es que la enseñanza en relación directa con pacientes, se ha considerado desde antiguo, la clave de la educación en ciencias sanitarias en general y en medicina en particular, ya que no es sustituible por otros métodos para conseguir de forma eficiente ciertos objetivos de aprendizaje.

*“To study the phenomena of disease without books is to sail an uncharted sea whilst to study books without patients is not to go to sea at all. Medicine is learned by the bedside and not in the classroom”*²⁵, Olser, citado por Peters (2014) son algunas de las frases célebres que se le atribuyen a Olser en relación con el aprendizaje y la enseñanza de la medicina.

Los profesionales sanitarios, habitualmente utilizan un patrón basado en la observación, la comprensión y posteriormente la práctica. Este proceso, es asumido por la comunidad sanitaria como el proceso “ideal”. Tanto profesionales como alumnos consideran esta la secuencia a seguir; ahora bien, esta secuencia no está exenta de riesgos. La observación sin reflexión posterior puede devenir en situaciones de “imitación” más que un aprendizaje real. El papel de la reflexión por tanto es fundamental y será tratado por tanto en el próximo capítulo.

No obstante, autores como Gardner (2013) reconocen que el peligro de este tipo de modelo basado en la observación reside en el riesgo de:

- Ser un aprendizaje oportunista, en el sentido de que si no se observa no se puede poner en práctica.
- Por ese mismo motivo, en gran medida quedarán objetivos educativos sin atender
- Se corre alto riesgo de generar prácticas imitativas y arreflexivas, puesto que el procedimiento se basa esencialmente en la observación.
- En gran medida el alumno es sobrepasado por las circunstancias, al no ser capaz de dar sentido a lo que está haciendo, pudiendo generar sensaciones de fracaso

²⁵ “Estudiar los fenómenos de la enfermedad sin libros es navegar un mar desconocido, mientras que para estudiar los libros sin pacientes no hacerse a la mar en absoluto. La medicina se aprende junto a la cama y no en el aula”

- Generar en los pacientes, situaciones de descontento o rechazo de la atención que le brinda el alumno.

El entorno de aprendizaje clínico, se conforma a partir de la interacción de distintos elementos, a saber, el paciente, el tutor, el estudiante, los compañeros y en menor medida, la familia del paciente y el resto de profesionales sanitarios. Entre las relaciones de estos actores, se conformará el entorno de aprendizaje tal y como lo definíamos anteriormente.

Y es precisamente uno de los retos a los que se enfrenta la docencia a pie de cama: cuando hablamos de enseñanza con paciente nos referimos a actividades como lavar al paciente, realizar curas y cuidados directamente a él o a su familia.

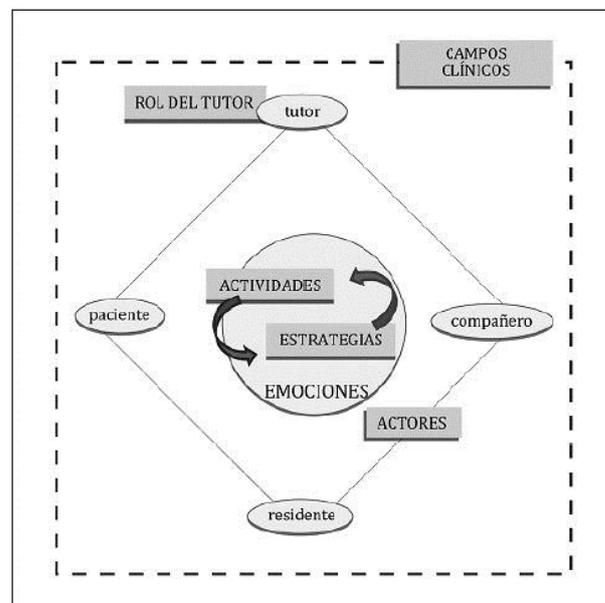


Figura 1. Actores Práctica Clínica. Tomado de Biltran 2014

El rol del alumno, es uno de los elementos fundamentales, puesto que es el actor principal. Por tanto de cómo él viva su proceso práctico determinará la manera en que aprenda. Comentábamos anteriormente que el proceso práctico es un estresor importante. Y es que como indica Zupiria, (2006) como se sienten los alumnos afecta a la manera en que perciben la información y también influye en cómo aprenden y transfieren las habilidades clínicas y los conocimientos (McConnell, 2012). Igualmente esta vivencia positiva o negativa, afecta a la motivación para el aprendizaje presente y futura. Así por ejemplo, sentimientos

de orgullo, alegría y satisfacción en el alumno, activan el aprendizaje, mientras que emociones como la vergüenza, el miedo o el aburrimiento reducen la motivación por aprender (Zupiria, 2006). El éxito del estudiante para hacer frente a las exigencias académicas de esta etapa parece relacionarse con su capacidad de autorregulación y adaptación; procesos que no aparecen en el relato de sus tutores clínicos. El grado en que el alumno participa y se responsabiliza de lo que realiza es fundamental para su aprendizaje.

Uno de los principales retos a los que se enfrenta la formación en los contextos clínicos, es que con frecuencia ésta es diseñada, planificada y evaluada por profesionales no vinculados directamente a los contextos asistenciales, sino académicos. Por tanto no son conscientes de las distintas situaciones potenciales de aprendizaje que se dan y de las variaciones propias del ambiente asistencial. Como nos recuerdan autores como Veltri y Warner (2012) e Iwasiw (2009), los objetivos de la formación práctica deben estar en consonancia con las posibilidades que ofrecen los contextos asistenciales.

4.2. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DEL APRENDIZAJE EN EL CONTEXTO CLÍNICO.

La presencia de alumnos en prácticas en el contexto clínico conlleva una serie de implicaciones éticas que hemos de tener en cuenta. Aspectos éticos derivados de la naturaleza y objetivos de los propios centros sanitarios, como es proporcionar atención sanitaria a los usuarios-pacientes, el contacto entre el profesional en formación y el paciente, y el tratamiento de los errores que éstos alumnos pudieran cometer, convierte la presencia de alumnos en los entornos clínicos en un problema de primera magnitud.

Como señala Gaberson, Oermann y Shellenbarger (2015), las cuestiones éticas en torno a la presencia en el contexto clínico de alumnos en formación, es un tema que preocupa a la literatura científica desde hace más de tres décadas. Trabajos como los de Corcoran, sobre el uso de los servicios asistenciales para el aprendizaje de los alumnos, pusieron de manifiesto el dilema entre brindar a los pacientes atención de calidad y la formación práctica de profesionales sanitarios. Y es que los “aprendices”, ya sean pregrado o postgrado, poseen menos habilidades clínicas, capacidad de razonamiento clínico, etc. que los profesionales

experimentados, lo que supone una merma en la atención clínica prestada a los usuarios (Corcoran, 1977, citado por Gaberson y cols, 2015). Por otro lado, los usuarios-pacientes de los servicios de salud, no acuden a éstos con ánimo de formar parte de la formación de profesionales, sino de ser atendidos de sus problemas de salud.

Si atendemos a los aspectos éticos de las profesiones sanitarias, según Beauchamp y Childers (1999) el principio ético de la Beneficiencia, implica la necesidad de buscar en las acciones de los profesionales sanitarios, el bien para el paciente, eliminando el daño, previniendo su aparición. Por otro lado el principio de la No Maleficiencia²⁶, implica la obligación de no infringir daño intencionalmente. Ambos principios, se encuentran íntimamente relacionados, y obligan a los profesionales sanitarios a plantearse antes de realizar una acción sobre el paciente un balance entre sus riesgos y beneficios.

Por tanto, las acciones de los alumnos en formación directamente sobre los usuarios-pacientes podrían suponer un problema ético para los profesionales sanitarios, responsables directos de la asistencia sanitaria de dichos usuarios-pacientes.

Así pues, el dilema está servido; el profesional asistencial con funciones tutoriales, se enfrenta por un lado al derecho, los beneficios y la necesidad de formación práctica de los alumnos en formación y por otro al derecho a la asistencia sanitaria de calidad, no sufrir daño innecesario, etc.

4.2.1. El Paciente como Objeto de Aprendizaje.

Como hemos comentado, el entorno clínico es un ambiente destinado al cuidado de personas que presentan un problema de salud y que acuden al mismo para recibir atención especializada y de calidad. Ahora bien, en el contexto de la formación práctica de profesionales de la salud en general y en particular formación práctica de enfermería, el aprender actividades de cuidado, se ha confundido con la aplicación directa de las actividades de cuidado por parte del alumno al paciente.

²⁶“primum non nocere” (lo primero no dañar)

En este sentido, el aprendizaje tiene lugar durante la aplicación de cuidados. Ahora bien, el objetivo final del alumno no es aplicar los cuidados o técnicas, sino aprender sobre ellas o a partir de ellas. Esta condición ha sido sobradamente demostrada; Infante ya en 1985, reconoce esta confusión entre “*aprender sobre cuidados*” y “*aprender a hacer los cuidados*”, presente en todos los actores formativos: alumnos, tutores, profesores y pacientes (Infante 1985, citado por Gaberson y cols 2015). Y es que por todos ellos, se identifica el aprender sobre los cuidados, con aplicar dichos cuidados, vinculando el aprendizaje a la realización de la tarea. Esto implica un énfasis en la aplicación de cuidados y técnicas, con frecuencia como acciones mecánicas, repetitivas e imitativas. Al limitarse la tarea de aprendizaje en ejecutar o aplicar unos cuidados, la formación se convierte en instrucción o entrenamiento.

La relación entre el alumno y el paciente, es una de las que mayor influencia tienen en el devenir del aprendizaje en el contexto práctico. Y es que como se desprende de todo lo comentado hasta ahora, la virtud de la presencia del alumno en el contexto asistencial deviene de esta condición: la presencia del paciente y la aplicación cuidados directamente sobre él. No obstante, como afirma Gaberson y cols (2015) pocos estudios han evaluado la actitud o disposición de los enfermos en su participación en la enseñanza de profesionales de salud.

Los pacientes exponen así su historia clínica y su propio cuerpo, pasando a ser alguien que, además de recibir una atención, es también objeto de aprendizaje. En los hospitales docentes se acepta casi sin dudarlo que los pacientes son un recurso para la docencia (Spencer, 2000), y pocos en nuestro medio se cuestionan si se necesita su autorización formal previa.

Distintos estudios (Coke 1996, Stacy 1999, Spencer 2000, Coleman y Murray, 2002) nos muestran, que si bien los pacientes asumen de buen grado, la atención realizada por profesionales en formación, ya que destacan de éstos su disposición a un buen trato y más tiempo de comunicación con ellos que con los profesionales, prefieren que su intervención no sea decisiva a la hora de llevar a cabo tratamientos definitivos o aplicar cuidados o técnicas decisivas para solucionar su problema de salud. Y es que el temor a que los alumnos cometan un error, que les derive en mayores complicaciones o en experiencias desagradables, como el dolor, está presente. Por ello valoran el papel del alumno como

observador de las acciones de los profesionales docentes. Por ello, los pacientes manifiestan permitir que el alumno realice procedimientos sencillos y que el profesional docente, se encuentre presente durante los mismos.

Otra de las cuestiones a tener en cuenta, es el rol que como educador juega el paciente en la formación de profesionales sanitarios. Autores como Stacy (1999) o Spencer (2000) señalan que los pacientes, con frecuencia se muestran orgullosos o satisfechos, en participar activamente en la formación de profesionales de salud en formación. Este movimiento, es conocido en la literatura como "*Patient Oriented Learning*" o "*Patient as Teacher*", y ha sido foco de atención en las últimas décadas.

Estos movimientos, enfatiza la oportunidad de aprendizaje que supone el contacto real con el paciente, frente a otros modelos de aprendizaje práctico como los modelos simulados. Se parte de la idea de que es mejor aprender "con" el paciente que "del" paciente. De esta manera, la figura del paciente abandona el "rol pasivo", que etimológicamente le acompaña, por adoptar un papel de "experto", estableciéndose relaciones entre iguales con los profesionales sanitarios (Hendry, 1999; Gruppen, 1996) No obstante, este rol educativo del paciente, es usado en todos aquellos aspectos relacionados con el aprendizaje de signos y síntomas de la enfermedad, sentimientos de los pacientes, afectación de los pacientes fuera del plano biológico, etc., lo que contribuye a formar a los profesionales, en actitudes y habilidades relativas al trato con el paciente, empatía, escucha activa, etc.

El aprendizaje y manejo de técnicas invasivas o aquellas que implican cierto riesgo para la integridad del paciente, queda por tanto fuera de estas consideraciones. En este sentido, autores como Graber y cols (2003), afirman tras un estudio con pacientes en unidades de urgencias, que éstos no permitirían que un alumno realizara un procedimiento "por primera vez", con ellos, especialmente en lo referente a veno-punciones, (canalización de vías, extracción de sangre).

Añadido al riesgo de producir daño, al paciente, la presencia de alumnos en formación puede implicar, violaciones de privacidad y confidencialidad, procedimientos más largos para los pacientes, pues el alumno emplea más tiempo en la realización de procedimientos que los expertos y disminución del tiempo de

atención a las labores asistenciales por parte de los profesionales expertos, por requerir tiempo y energía las demostraciones, explicaciones o acompañamientos de los alumnos (Gaberson y cols, 2015).

Las profesiones sanitarias, parecen haber encontrado una solución al dilema mediante la información adecuada a los pacientes, de la presencia de profesionales en formación en los servicios asistenciales. El Consentimiento Informado por parte de los pacientes respecto a la presencia de alumnos en formación, implica la conformidad de ser atendidos por éstos, de manera que el dilema antes planteado desaparece (Garrido Sanjuan, 2006). En nuestro contexto, los servicios sanitarios públicos, como veíamos en capítulos anteriores, presentan la cualidad de participar en la formación de profesionales sanitarios, posean éstos centros el calificativo de “Universitario” o no. Por tanto un paciente que acude a un centro sanitario público, con frecuencia asume que será atendido por profesionales en formación, ya sean éstos en periodo de formación post-grado (MIR, EIR), o pregrado.

Esta asunción del carácter docente de los hospitales, no exime de la obligación de informar de la presencia de alumnos o de que el paciente va a ser atendido por un profesional en formación. Ahora bien, esta información con frecuencia es obviado, especialmente en lo referente a la atención brindada por profesionales en formación postgrado (MIR, EIR), puesto que éstos no se identifican como “alumnos” sino como profesionales (Médicos, Cirujanos, Matronas, etc) y por tanto el paciente no es consciente de que está siendo atendido por un profesional en formación (Garrido Sanjuan y cols, 2009). Aspectos como la “uniformidad”, contribuye a esta confusión, puesto que los alumnos pregrado con frecuencia son instados a ir identificados como tales (mediante acreditaciones pertinentes), mientras que los profesionales postgrado usan la uniformidad propia del servicio donde se encuentran, sin acreditación respecto a su condición de profesional en formación postgrado (MIR o EIR). De hecho, los distintos documentos marco y convenios que sustentan la presencia de alumnos en los centros sanitarios, obligan a los alumnos a ir adecuadamente identificados.

En este sentido, distintos autores, advierten del derecho del paciente a ser informado de que va a ser atendido por profesionales en formación, ya sean éstos

pregrado o postgrado, lo que deviene en la obligación o necesidad de informar por parte de aquellos que van a prestar los servicios asistenciales de esta condición. Así, autores como Graber (2003), Silver (1997), Silver(1999) afirman que esta información con frecuencia es omitida por parte de los alumnos en formación, tanto de pregrado como postgrado, puesto que se enfrentan al dilema de la necesidad de realizar y practicar los aspectos técnicos de su profesión y la posibilidad de que el paciente lo rechace.

4.2.2. El Tratamiento del Error.

Una de los aspectos fundamentales del dilema ético de la formación práctica, estriba en el riesgo a producir daño al paciente, un “Evento Adverso” entendiendo, este como un accidente inesperado, derivado de la asistencia sanitaria, que causa algún tipo de daño, lesión o incapacidad o que alarga o provoca la estancia hospitalaria. (ENEAS, 2005). Dentro de éstos, se conceptualiza el llamado “Evento Centinela”, entendiéndose como aquel *“suceso imprevisto que causa la muerte o graves daños físicos ó psicológicos, o tiene riesgos de causarlos”*. Este evento adverso con frecuencia es producido por malas prácticas adquiridas o errores o desviaciones de lo estandarizado. Los errores clínicos casi nunca son dolosos²⁷, sino fruto de un desliz, un olvido o una precipitación, etc. Como nos recuerda Borrell Carrió (2007) con frecuencia el profesional de la salud actúa en un medio de “Racionalidad Restringida”; actúa conforme a hábitos adquiridos, protocolos de atención y técnicas establecidas. Hablamos de racionalidad y de libertad restringida porque la presión asistencial pocas veces le permitirá preguntarse sobre la idoneidad de estos hábitos y de muchas decisiones que tiene automatizadas. Esta situación es aplicable y extensible al comportamiento de los alumnos en formación, que asumen lo que el tutor les comenta, sin cuestionar qué, cómo o por qué.

Producir un Evento Adverso, derivado de un error, es un temor inherente a las profesiones sanitarias. Sin embargo, como afirma Borrell Carrió (2007) el error es un “tabú” en las profesiones sanitarias, puesto que éste se niega

²⁷Dolo: maquinación o artificio para dañar a otro, para engañarlo o perjudicarlo en su salud. Se viola a conciencia la ley a sabiendas de que se va a producir un daño. Es por tanto una acción intencional.

sistemáticamente. Según recoge este autor, el 30% de profesionales con 14 años de experiencia, afirmaban no haberse equivocado nunca. Junto a éste hecho, la opinión pública, considera que el profesional sanitario no tiene derecho a equivocarse, lo que con frecuencia se traduce en presión judicial. Un profesional sanitario que reconozca haber cometido o sea acusado o culpado de haber cometido un error, resulta una mancha imborrable su el expediente y sufrir el desprestigio profesional y con frecuencia personal.

En este sentido, terminos como “Impericia” o “Negligencia”, son conceptos jurídicos temidos en el quehacer tanto del profesional sanitario como del alumno en formación.

En el error durante una acción práctica por parte de un alumno en formación, se habla de que existe una responsabilidad compartida. En este sentido, distintos autores respecto a la responsabilidad del profesional en formación y el Tutor responsable (Borrell 2007, León 2008), afirman, que si bien, en la labor asistencial la responsabilidad del alumno estriba en la manera en cómo se ha realizado la acción clínica, la responsabilidad de Tutor, es asegurar la vigilancia del alumno, en post de la seguridad del paciente.

En este sentido, respecto a la responsabilidad legal de los profesionales sanitarios en formación (González, 2004), existen tres situaciones posibles:

- **Falta de Vigilancia, asistencia o dirección del Tutor.** esto da lugar a lo que se denomina en el Código Civil, “Culpa in Vigilando” por parte del tutor. Según el primer párrafo del artículo 1903 del Código civil, no se responde sólo por actos u omisiones propias sino también “*por los de aquellas personas de quienes se debe responder*”. Por consiguiente, de los daños causados a un paciente responderá el Tutor que haya infringido el deber de vigilancia y supervisión del alumno, delegándole, por ejemplo, la ejecución de técnicas diagnósticas o de tratamientos para los que no tuviera suficientes conocimientos o habilidades.
- **Extralimitación, por parte del alumno en formación,** Éste responderá cuando se extralimite en sus funciones o cuando actúe independientemente sin pedir la ayuda del tutor o profesional.
- **Acción inexcusable o culpa grave del médico residente:** El profesional sanitario en formación debe actuar según la «lex artis ad hoc» (a lo que

su ciencia, su arte, indiquen como adecuado en cada momento y circunstancia) o las prácticas acreditadas por el centro sanitario y, por lo tanto, es responsable directo de la «mala praxis» que de sus actos se deriven.

Este deber de Vigilancia se convierte en una máxima en la labor como tutor, puesto que jurídicamente es aquello de lo que se puede responsabilizar. Uno de los aspectos que más controversia genera es la necesidad de acompañamiento y vigilancia de los alumnos en su estancia en el contexto clínico. Autores como Kushnir (1986), Kleehammer, Hart y Keck (1990), Timminss y Kaliszer (2002) ya constataban este hecho paradójico, la presencia de tutores realizando vigilancia de las actividades del alumno y el excesivo celo protector para la seguridad del paciente, afecta negativamente al alumno, resta efectividad al aprendizaje y hace que éste se sienta inferior.

Junto a los aspectos legales que acompañan a la comisión de un error, el armazón de creencias entorno a ello condiciona la actuación del tutor, como profesional sanitario que es y transmite al alumno una imagen de cómo debe comportarse ante el mismo. Respecto al tratamiento que el tutor da al error, es la idea extendida de que el “buen profesional no comete errores”, la que predomina en el contexto clínico. Por tanto “cometer errores” es cuando menos un comportamiento moralmente reprochable (cuando no legalmente).

Sin embargo los estudiantes cometen errores, consustanciales al aprendizaje de un nuevo conocimiento o habilidad y por tanto a su condición y las circunstancias como alumno que lo rodean (estrés, emociones encontradas, etc.). Con frecuencia el Tutor, busca en el alumno la demostración de los conocimientos y habilidades, con la maestría de un profesional o penalizando los errores, a través de comentarios negativos, o no premiando al alumno. Esta búsqueda de la perfección en el alumno, el tutor no consigue más que provocarlos (Gaberson, 2015). Y es que este miedo a cometer errores, para el alumno genera una condición de presión añadida por parte del tutor, de manera que por un lado el estrés en el alumno aumenta y con ello la posibilidad de cometer errores. Por otro, en caso de cometerlos, no serán comunicados de una forma fehaciente, por el miedo a la consecuencia que ello traería consigo. Y es que este “miedo a cometer

errores”, está precisamente en el germen de los mismos (Kohn, Corrigan y Donaldson, 2000).

Esta perspectiva se centra en una visión del error, censuradora y penalista. En este sentido, la bibliografía especializada (Donchin y cols, 1995; Murier 2001; Gibson, 2001); nos recuerda que en las organizaciones sanitarias, existen dos formas de atender el error: una primera donde el error, se establece como una responsabilidad propia de la persona que lo comete; y otra visión donde se puntualiza al entorno (relaciones personales, estrés, etc.) y los factores organizativos como el fenómeno causal del error. El primer enfoque penaliza a la persona “infractora” para que no se vuelva a producir; mientras que el segundo, busca la mejora de las condiciones ambientales y laborales para que no se repita. Con frecuencia en los profesionales sanitarios abunda esta primera forma de atención al error.

Esta situación genera estrés en el alumno, puesto que por un lado, se instila en el alumno el miedo al error por parte del tutor, y por otro se aprecian las consecuencias derivadas de ello. Al analizar distintos estudios relacionados con el estrés que generan las prácticas asistenciales al alumno en formación, entre las principales fuentes, se encontraba el temor a cometer errores. Y es que tanto estudios clásicos al respecto (Kleehammer y cols (1990)), como otros más recientes (López y Sánchez, 2005; Zupiria y cols, 2006;; Antolín Rodríguez y cols, 2007; Kim, 2007; Cobo y Cuenca, 2010; López y López, 2011; Yera y Gómez, 2014), coinciden en señalar que el miedo por parte del alumno en cometer un error con el paciente le genera estrés y ansiedad en su formación práctica y a la hora de afrontar las actividades con el paciente. Y es que los propios alumnos identifican su falta de conocimientos como un factor limitante a la hora de tener seguridad en lo que están haciendo y la tener por tanto miedo a cometer errores con el paciente. (López y Sánchez, 2005).

Esta búsqueda de la perfección que poseen los tutores, es transmitida a los alumnos de forma que éstos intentan ser perfectos y no cometer errores, para no dañar al paciente, para ser buen profesional y para no sufrir el castigo por parte del tutor. Estos castigos devienen en una pérdida de confianza del tutor en el alumno y un por tanto una vigilancia más estrecha y con ello menor autonomía. Esta situación genera en el alumno sentimientos de desconfianza en si mismo y

168. ANDRÉS ROJO ROJO.

baja autoestima, lo que lo condiciona a desaprovechar la oportunidad de aprendizaje (Gálvez Toro, 2005)

Kushnir (1986), concluye que uno de los papeles fundamentales del tutor de enfermería es brindar apoyo y seguridad al alumno en su quehacer, de manera que el "error" sea tratado como una oportunidad de aprendizaje y no como un hecho sancionable o reprobable. El énfasis punitivo que con frecuencia redunda en el error, condiciona que no se aproveche su potencial de aprendizaje, y con ello se contribuya a su prevención futura. Igualmente, este factor punitivo, hará que no sea comunicado ni asumido por parte de quien lo comete. (Marques y Guerrero, 2010)

No obstante, cometer errores, es algo consustancial al proceso de aprendizaje, especialmente en el contexto práctico (Emerson 2007). Los errores pueden proporcionar ricas oportunidades de aprendizaje, pero con frecuencia son ignoradas, tanto por alumnos como por docentes-tutores, centrándose más en penalizarlos que en aprender de ellos. El filósofo Daniel Dennett (1995) describe errores como la clave para progreso, y nos anima a disfrutar de nuestros errores y para drenar activamente de toda la luz útil que podría arrojar sobre los problemas futuros.

*"...Instead of shunning mistakes, I claim, you should cultivate the habit of making them. Instead of turning away in denial when you make a mistake, you should become a connoisseur of your own mistakes, turning them over in your mind as if they were works of art, which in a way they are. You should seek out opportunities to make grand mistakes, just so you can then recover from them...."*²⁸
(en Brockman y Manson, 1995 p. 137)

Este autor, continúa afirmando que para poder aprender de los errores, hemos de estar en disposición de ello; es decir, se ha de incentivar el error, no penarlo y ser capaces de reflexionar de ello.

²⁸"En lugar de rechazar errores, reclamo, debe cultivar el hábito de hacerlas. En lugar de alejarse en la negación cuando se comete un error, usted debe ser un conocedor de sus propios errores, convirtiéndolos en su mente como si fueran obras de arte, que de una manera que son. Usted debe buscar oportunidades para hacer grandes errores, sólo para que pueda luego recuperarse de ellas."

Por tanto, como apunta Berman (2006) el tutor, se encuentra en la tesitura de no cometer errores en beneficio del paciente, y aprovechar de los errores que pueda cometer el alumno a la hora afrontar los cuidados del paciente. Por tanto restringir las acciones prácticas de los alumnos, por miedo a que éstos cometan un error es contraproducente, puesto que disminuye su autoestima, limita la acción práctica y evita que puedan aprender de lo erróneo.

Para aliviar la tensión entre las expectativas de la “práctica sin error” y el valor de aprender de los errores, los profesionales hemos de entender primero cómo se producen errores. Cometer errores es parte del aprendizaje. En el ámbito clínico, donde hay pacientes que pueden ser perjudicados en el proceso, la comprensión de los errores es crítica. Tal examen de errores permitirá que un profesional sanitario diseñar sus actividades para ayudar a los estudiantes a evitar errores cuando sea posible, y para gestionar las consecuencias de errores inevitables cuando se producen (Berman 2006)

Uno de los referentes teóricos a la hora de atender el tratamiento del error en el comportamiento humano es Reason (1995). Este autor categoriza los errores en un intento de comprender mejor su naturaleza con el fin de desarrollar estrategias para evitar errores y para gestionar su impacto. El planteamiento de Reason acerca del error humano, es útil para los profesionales sanitarios, ya que ayuda a demostrar cómo gestionar los errores tanto de profesionales como de los estudiantes. Igualmente nos presenta un marco para el diseño de nuestras actividades de una manera que sirva para evitar errores futuros y promover descubrimiento positivo propios del “aprendizaje experiencial”.

El profesor Reason sugiere que los errores se dividen en los siguientes tipos: “resbalones”, *lapsus* y errores. Los “resbalones” y los lapsus implican una divergencia entre una intención y una acción de la persona. Un resbalón implica un fallo en la ejecución. Por ejemplo, equivocarse al colocar el lavavajillas en el interior del frigorífico, puede considerarse un resbalón. Un lapsus implica un fallo en la memoria, como por ejemplo olvidar cerrar la puerta tras salir de una habitación. Un error implica una desviación entre lo que se quería conseguir de una forma intencionada y lo que se consigue. Es por tanto una desviación en las consecuencias: no se obtiene la consecuencia deseada. Por tanto, mientras que los

170. ANDRÉS ROJO ROJO.

“resbalones “y los lapsus, son realizados de forma inconsciente, los errores, son intencionados.

Reason, elaboró una tipología de errores, o desviaciones del comportamiento esperado, entorno a lo que el denominó *Generic Error Modeling System* (GEMS), enunciando la existencia de tres tipos de error:

- Skill-based slips²⁹. Estas categorías de errores aglutinan aquellas acciones que se han convertido en rutinas y que se realizan fuera del área consciente del comportamiento. Se convierten en acciones tácitas. Los errores cometidos en este nivel, son asumibles a resbalones o lapsus.
- Rule- based mistakes: se producen cuando la acción se basa en reglas inapropiadas para la situación que se está viviendo. La ejecución de la acción es adecuada a la regla, pero lo que produce el error, es la aplicación de la regla a la situación. La persona se comporta conforme a una “regla” o “estándar”, con la convicción de que esta actuación va a resultar en un determinado fin, en la situación que está viviendo. No obstante, el resultado puede no ser el deseado. Es un error de juicio o de aplicación del conocimiento a la realidad, no de ejecución de la tarea. Sucede esto por ejemplo cuando una persona experimentada en una determinada tarea, la ejecuta y no obtiene tras ello el resultado obtenido; posiblemente la situación requería otras actuaciones distintas a las habituales.
- Knowledge-based mistakes. Estos errores suceden cuando, el profesional se encuentra carente de conocimientos que puedan ser aplicables, o los que posee (por experiencias previas o por estudio) no son adecuados a la situación. En otras palabras el profesional no se encuentra preparado para realizar la tarea.

Reason, considera que el desarrollo profesional de los profesionales activos, se lleva a cabo a partir de la consciencia de los errores cometidos, de la reflexión a partir de los mismos y por tanto del aprendizaje de estas experiencias desviadas.

De este modo, Reason (1990), considera que el experto

²⁹ Resbalones.

“...have a much larger collection of problem-solving rules than novices.”³⁰ (pg 58)

Y es que lo que habitualmente consideramos experiencia, no es más que haber enfrentado situaciones problemáticas, donde las reglas establecidas no fueron eficaces (erraron) y haber extraído conclusiones de ellas.

Examinar los errores es una práctica instructiva que ayuda a prevenir futuros desastres. Además, el examen de errores promueve polo opuesto de desastre, es decir, el descubrimiento positivo que puede provenir de desarrollar la capacidad del estudiante para hacer juicios deliberativos en el conocimiento real, en lugar de volver a simple ensayo y error. La reflexión tras el error, juega un importante rol en el comportamiento del alumno, en su toma de decisiones y en su capacidad de razonamiento crítico.

En este manejo educativo del error, Berman (2006) propone un modelo para poder aprovechar los aspectos formativos del error. Se compone de las siguientes fases:

- a) El alumno debe reconocer el error cometido y comunicarlo al Tutor.
- b) Tanto el Tutor como el alumno, deben disculparse con el cliente-paciente, especialmente si este error provoca daño o perjuicio en el paciente.
- c) Tomar conciencia del error, y realizar acciones encaminadas a enmendarlo
- d) Reflexionar sobre el error y como evitarlo nuevamente, tanto individual como grupalmente
- e) Implementar protocolos o cambios de conducta estables para evitar que dicho error se pudiera volver a producir, por uno mismo o por cualquier otro profesional.³¹

Para poder establecer este tipo de estrategias de aprendizaje, primero el alumno debe realizar las tareas por sí mismo, y en segundo lugar, reconocer el error. En ambos cambios, el comportamiento y actitudes del tutor, para con el error en general y el error del alumno en particular, es significativamente

³⁰“... tienen una mayor colección de resolución de problemas que los noveles”.

³¹ Berman 2006, pag 6

relevante. Comportamientos defensivos por parte del Tutor significa inhibir la habilidad del estudiante de aprender del error.

La clave de esta visión positiva del error, radica en el aprendizaje que de él se obtiene. Como veremos más adelante, no es posible obtener aprendizaje de una situación, sea errónea o no, si no dedicamos una mínima reflexión sobre el cómo y porqué de la situación. De hecho, los planteamientos de Reason, Schon y Dewey, son desde nuestro punto de vista, complementarios. En este sentido, Schon (1987), afirma:

"...We might call such a process 'trial and error.' But the trials are not randomly related to one another; reflection on each trial and its results sets the stage for the next trial. Such a pattern of inquiries better described as a sequence of 'moments' in a process of reflection-in-action..."³²(pg. 26)

En conclusión, podemos entender que los profesionales de la salud, debemos ayudar a nuestros estudiantes a analizar los errores pasados mediante la reflexión sobre qué hicieron mal, para plantear soluciones, alternativas de acción y predecir las consecuencias de acciones futuras.

Por lo tanto, que el alumno cometa un error no es una experiencia que podrá ser usada en beneficio futuro atendiendo a la actitud y el comportamiento del tutor; si es categorizado como un "error", culpabilizando al alumno, el tutor generará en éste sentimientos negativos, (estrés, baja autoestima, etc.) y coartará su futuro desarrollo. Igualmente se instará al alumno a ocultar el error, durante su formación y como futuro profesional, lo que va contra los estándares de seguridad y control de accidentes en la práctica sanitaria. Por el contrario, cuando el tutor, muestra una actitud positiva frente al error o su posibilidad del alumno, aumentará el grado de confianza del mismo, se verá como una oportunidad de aprendizaje, que contribuirá a que no vuelva a pasar.

³² ... Lo podríamos llamar un proceso de "ensayo y error". Sin embargo, los ensayos no están relacionados entre sí de forma aleatoria; la reflexión en cada prueba y sus resultados prepara el escenario para la siguiente situación. Este patrón de inquiryis mejor descrito como una secuencia de "momentos" en un proceso de reflexión en la acción

CAPITULO 5. BASES EDUCATIVAS DEL APRENDIZAJE PRÁCTICO

CONTENIDO

- 5.1. PRINCIPALES CORRIENTES TEORÍAS EN EL APRENDIZAJE.**
- 5.2. BASES PEDAGÓGICAS DEL APRENDIZAJE EN EL ENTORNO CLÍNICO. EL APRENDIZAJE EXPERIENCIAL.**
- 5.3. APRENDIZAJE EXPERIENCIAL Y REFLEXIÓN**
- 5.4. FORMACIÓN PRÁCTICA Y APRENDIZAJE EXPERIENCIAL**
- 5.5. MODELOS DE APRENDIZAJE EXPERIENCIAL**
 - 5.5.1. MODELO DE DAVID KOLB**
 - 5.5.2. MODELO DE PETER JARVIS**
 - 5.5.3. MODELO DE KORTHAGEN**
 - 5.5.4. OTROS MODELOS DE APRENDIZAJE EXPERIENCIAL**
- 5.6. IMPLICACIONES PRACTICAS DE LOS MODELOS TEORICOS DE APRENDIZAJE EXPERIENCIAL**
- 5.7. CONDICIONES PARA EL APRENDIZAJE EXPERIENCIAL EFICAZ**
- 5.8. EXPERIENCIAS DE REFLEXIVIDAD EN ENFERMERÍA.**

“Siempre que enseñes, enseña a dudar de lo que enseñas”.

Ortega y Gasset (1937)

CAPITULO 5. BASES EDUCATIVAS DEL APRENDIZAJE PRÁCTICO.

5.1. PRINCIPALES CORRIENTES TEÓRICAS EN EL APRENDIZAJE.

Todos los profesionales que desarrollamos labores relacionadas con la educación o formación, poseemos una “justificación” de lo que hacemos y cómo lo hacemos. Tendemos a referirnos de forma consciente o no a conceptos y teorías educativas, que sin ser especialistas en el campo evocamos, atendiendo a aspectos como la experiencia previa, las creencias y las concepciones que a lo largo de nuestra vida hemos generado respecto a lo que significa enseñar y aprender.

Pretender llegar a una definición sobre el Aprendizaje, la Enseñanza y la Formación, es una ardua tarea. Distintas ciencias, tales como Psicología y Pedagogía principalmente, han teorizado sobre el mismo. En cualquier caso, no existe una sola o verdadera respuesta a la pregunta ¿qué es el aprendizaje? A continuación pretendemos dar una ligera visión al respecto.

Como nos comenta Brockbank y McHill (1998, p.49) citando a Saljo (1982),

“las personas adultas no vinculadas a los ámbitos teóricos de la educación, al ser interpelados por ¿Qué es el aprendizaje?, produjeron las siguientes respuestas:

1. *Incremento cualitativo del saber.*
2. *Memorización.*
3. *Adquisición de datos, métodos, etc. que pueden retenerse y utilizarse cuando sea preciso.*
4. *La abstracción del significado.*
5. *Un procedimiento de interpretación orientado a comprender la realidad.*
6. *Desarrollo como persona.(...) ”*

Tras un análisis detallado, estos autores, concluyen que las respuestas 1, 2 y 3, pertenecen a concepciones relacionadas con el recuerdo y la retención (concepción cuantitativa del aprendizaje) mientras que los que respondieron las opciones 4, 5 y 6 suponen una visión más global del aprendizaje y la persona, (concepción cualitativa del aprendizaje).

Ante toda estas auto-teorías acerca del aprendizaje, es necesario definir unos conceptos importantes como son el de la enseñanza y el aprendizaje. Sin embargo, han sido múltiples los autores, vinculados a distintas tendencias filosóficas y epistemológicas, que a lo largo de la historia se han atribuido la definición de Enseñanza y Aprendizaje; por ello vamos a seleccionar una definición de lo que consideramos a nuestro juicio y bajo nuestra perspectiva metodológica como Enseñanza y por ende Aprendizaje.

La Enseñanza y el Aprendizaje son procesos interdependientes, consustanciales en los procesos formales de educación. Las comprensiones sobre ambos, se han desarrollado desde el campo de la Pedagogía y la Filosofía de la Educación y principalmente desde el campo y el desarrollo de la Psicología Moderna.

Se atribuye a psicólogos como Pavlov, Watson, Hull y Thorndike, todos ellos psicólogos conductistas, las primeras explicaciones modernas sobre el aprendizaje. El desarrollo de la investigación en la disciplina psicológica, contribuyó al nacimiento de distintas y variadas posiciones teóricas, sobre que es el aprendizaje, y por tanto cómo se ha de enseñar. Nacen así distintas teorías de aprendizaje al amparo de también distintas corrientes de pensamiento.

Las teorías del aprendizaje son una fuente de estrategias, tácticas y técnicas de educación verificadas desde hace décadas. Estas teorías inspiran la práctica educativa, al generar corriente de pensamiento dominante e influyente en la forma de proceder de los actores principales de la educación: los docentes y los alumnos. Como docente estas teorías ofrecen las bases para la selección de una estrategia inteligente y razonada, es decir, cuándo y por qué se emplea cada una.

El aprendizaje es un proceso complejo que ha generado numerosas interpretaciones y teorías de cómo se efectúa realmente. Tres perspectivas diferentes del proceso de aprendizaje y que resumen las distintas corrientes de pensamiento que a lo largo de la historia han dominado la práctica educativa son el conductismo, el cognitivismo y el constructivismo.

No es objeto de nuestra investigación discernir la naturaleza del aprendizaje, o las distintas teorías del aprendizaje. Sin embargo, si consideramos necesario aclarar las principales posiciones prácticas que se derivan de cada una de estas tradiciones, pues lejos de ser excluyentes, en la práctica educativa

cotidiana, son en muchas ocasiones complementarias. Por ello expondremos brevemente estas teorías de aprendizaje.

El conductismo dominó el pensamiento en la psicología moderna, desde principios de siglo XX hasta mediados de ese siglo. Según los conductistas, el aprendizaje se produce como respuesta a ciertos estímulos definidos e identificables del entorno. Herederos de las posiciones positivistas u “objetivistas”³³, y dado que no es posible observar lo que ocurre dentro del cerebro de una persona, ellos pensaron que la investigación y la formulación de las teorías de aprendizaje se debían limitar a la entrada de estímulo y en la respuesta que este produce. Es lo que se conoció como relación “estímulo-respuesta”. En los contextos educativos, esta ideología se traduce en que los alumnos expuestos a un determinado sistema de instrucción, aprenderían todos, de una manera uniforme y mostrando una serie de características comunes, medibles y cuantificables mediante distintas pruebas. La influencia de estas perspectivas psicológicas sobre la educación quedan plasmadas en obras como las de Skinner y Crowder.

Como nos recuerda el profesor Esteban Albert (2000), adaptando las palabras de Jonassen (2000), el enfoque objetivista-conductista del aprendizaje establece que los conocimientos pueden ser transferidos por los profesores o transmitidos a través de la tecnología y adquiridos por los alumnos. Esta concepción incluye la necesidad del análisis, la representación y la reordenación de los contenidos y de los ejercicios para transmitirlos de manera adecuada, fiable y organizada a los aprendices

Para esta forma de entender la enseñanza, aprendemos y comprendemos el entorno en función de nuestras experiencias pero éstas suelen producir errores en el conocimiento verdadero de la realidad. (Gros, 2002).

Esta ideología, es la dominante en los contextos educativos, ya sean formales o informales. De hecho la mayor parte de los profesionales (sean o no docentes) que forman, lo hacen bajo estos auspicios. La mayoría de los profesores ven el conocimiento como una realidad existente fuera de los cuerpos de los

³³El conductismo no es la primera ni la única corriente de pensamiento objetivo-positivista de la psicología como la Frenología de Gall, el Objetivismo de Wundt, la Psicología objetiva de Bechterew, etc. Todos ellos movimientos extintos o incluidos como tendencias conductistas.

sujetos que lo buscan; son dos entes separados: conocimiento de un fenómeno y aquellos que lo buscan. Los aprendices son estimulados a percibir objetos, eventos y fenómenos con una mente objetiva, que se asume separada de procesos cognitivos tales como la imaginación, la intuición, los sentimientos, los valores y las creencias. Como resultado, el profesor implementa un currículo para asegurar que los aprendices “cubran” un contenido relevante y tengan la oportunidad de aprender verdades que son documentadas en libros y textos, de una forma razonada.

Como señala Gros (2002, p.225), citando a Cunninmgham (1991), el objetivismo se caracteriza por el hecho de que

“...alguien decide lo que el alumno debe saber, construye las actividades que se han de realizar para conseguir el conocimiento, analiza las capacidades de los estudiantes, diseña las estrategias para comunicar al alumno la información y elabora los test necesarios para conocer su el proceso de comunicación ha sido satisfactorio”.

Los profesores que dan sentido a su enseñar desde una perspectiva objetivista no suelen reconocer que los alumnos, encuentran un conflicto entre lo que aprenden en la teoría y lo que se encuentran en sus experiencias prácticas; o si lo reconocen (esa diferencia entre lo que se enseña “teóricamente” en un aula, y la vida o experiencia en contextos reales) asumen que son “errores de aplicación” de la primera. Este hecho da lugar a lo que algunos autores conocen como “ruptura teoría-práctica”. (Carr y Kemmis, 1988). A mediados de 1950 distintos grupos de psicólogos, como los psicólogos de la Gestalt, y los que posteriormente se conocerían como “constructivistas”, comienzan a criticar esta visión del aprendizaje y la enseñanza, al considerarla simplista e incompleta. Surgen así modelos más complejos que intentan explicar cómo las personas aprenden, especialmente a través de las obras de Piaget, Bruner y Gagne, por mencionar algunos. Estos autores desarrollan feroces críticas contra el conductismo. Así autores como Freire (2006), afirman que en el conductismo, el docente, es tomado como un “Banco de Información”, que llena los depósitos de los estudiantes con los conocimientos, que el propio docente considera como necesarios, y verdaderos; por el contrario, el alumno, está obligado a retener estos conocimientos, hasta el momento en que les pueda ser útil en un futuro hipotético.

Esta perspectiva constructivista se sitúa abiertamente en el polo opuesto ya que considera que existe un mundo real que experimentamos pero el significado es impuesto por nosotros. La aceptación de este principio implica entender la enseñanza como un proceso que no se centra en la transmisión de información al alumno, sino que debe focalizarse en el desarrollo de habilidades para construir, interpretar la vivencia y reconstruir los conocimientos en respuesta a la demanda de un determinado contexto o situación.

De acuerdo con esta explicación del aprendizaje “los individuos crean y construyen su propia comprensión de la realidad o nuevos conocimientos a través de la interacción de lo que ya saben y creen con las ideas, eventos y actividades con las que entran en contacto. El conocimiento, como se ve aquí, se adquiere a través de una participación con el contenido en lugar de imitación o repetición.

Bajo la etiqueta “constructivista” y al igual que en otros muchos campos de la psicología, conviven en la actualidad diversos enfoques. Pese a que presentan diferencias entre ellos, se pueden establecer características comunes sobre cómo se produce el aprendizaje (Gros, 2002):

- El conocimiento es construido; no transmitido. Cada persona construye sus propias representaciones y modelos del mundo a partir de la propia experiencia. El conocimiento no puede ser transmitido por el profesor al estudiante.
- La construcción del conocimiento es el resultado de una actividad; el conocimiento está incluido en la actividad. No podemos separar el conocimiento de las cosas de nuestras experiencias con ellas.
- El conocimiento depende del contexto en el que tiene lugar. Lo que se aprende queda ligado a un contexto. Desde el constructivismo se considera que las destrezas que tenemos tienen más significado si son adquiridas inicialmente y consistentemente en un contexto significativo con el que las podemos relacionar.
- El significado está en la mente del que aprende. El proceso de construcción del significado produce percepciones del mundo físico que están únicamente en la persona ya que cada individuo tiene un único conjunto de experiencias y creencias sobre el mundo. Esto hace que los procesos evaluativos no puedan ser objetivos o de producto.

182. ANDRÉS ROJO ROJO.

- Hay múltiples perspectivas del mundo. Dado que no hay dos personas que puedan tener la misma experiencia y percepciones, cada uno de nosotros construye su propio conocimiento.
- La formación del sentido es desarrollada a partir de un problema, desacuerdo, confusión, error, o disonancia por consiguiente, ésta es la causa del proceso de construcción. Lo que produce el conocimiento es la disonancia. Cuando aparece el desequilibrio, la persona necesita reaccionar y encontrar una respuesta a esa disonancia.
- La construcción del conocimiento requiere articulación, expresión o representación de lo que es aprendido. Aunque la actividad es una condición necesaria para el aprendizaje, no es suficiente. Muchas veces la persona necesita articular el proceso verbalmente, visualmente, mostrándolo a otras personas, etc.; la representación de lo aprendido garantiza la estabilidad del conocimiento construido, lo ancla en la memoria.

Como se aprecia, los enfoques constructivistas, en cualquiera de sus vertientes y distintas teorías y concepciones de enseñanza y aprendizaje, para que sean duraderos y de calidad, no se adquieren o no es posible transmitirlos o impartirlos, sino que se construyen en la interacción con materiales significativos y con otros seres humanos (compañeros, profesores, etc.)

Sirva como ejemplo, las aportaciones de Ríos (1999, p.22), quien considera que el constructivismo es

“...Una explicación acerca de cómo llegamos a conocer en la cual se concibe al sujeto como un participante activo que, con el apoyo de agentes mediadores, establece relaciones entre su bagaje cultural y la nueva información para lograr reestructuraciones cognitivas que le permitan atribuirle significado a las situaciones que se le presentan...”

Como dice Serrano (2011),

“El constructivismo, en esencia, plantea que el conocimiento no es el resultado de una mera copia de la realidad preexistente, sino de un proceso dinámico e interactivo a través del cual la información externa es interpretada y reinterpretada por la mente. En este proceso la mente va construyendo progresivamente modelos

explicativos, cada vez más complejos y potentes, de manera que conocemos la realidad a través de los modelos que construimos ad hoc para explicarla (...)”.

Salomon (2000), señala que un principio clave del constructivismo es que el significado o interpretación que las personas dan a la información adquirida depende de sus experiencias previas, modelos mentales y mapas del tópico, área o problema, enmarcados siempre desde la propia experiencia.

Las actividades de aprendizaje constructivista se caracterizan por el compromiso activo con los objetos de aprendizaje, la indagación, la resolución de problemas y el compromiso con los demás participantes del proceso. En consecuencia los roles del docente/profesor/educador son mucho más que la de un mero proveedor de conocimientos. El docente se comporta como guía, asume roles como facilitador y co-explicador que estimula a los estudiantes a cuestionar, desafiar y formular sus propias ideas, opiniones y conclusiones.

Todo enfoque constructivista debería ser capaz de articular cinco atributos que son necesarios para conseguir un aprendizaje significativo: la acción, la reflexión, la complejidad, la autenticidad de la tarea y la construcción (Jonassen, Peck y Wilson, 1999).

Una de las polémicas más marcadas en la teoría educativa, es la discrepancia existente entre los enfoques objetivistas y constructivistas acerca del aprendizaje y la enseñanza. Para los objetivistas, el conocimiento puede ser transmitido por los profesores o a través de la tecnología y adquirido por tanto por los alumnos. Para el constructivismo el conocimiento es elaborado individual y socialmente a través de la interacción con compañeros, profesores, etc., basándose en las interpretaciones de su experiencia en el mundo. Puesto que el conocimiento no se puede transmitir, la enseñanza debería consistir en experiencias que faciliten la elaboración del conocimiento. (Jonassen, 2004).

Finalmente y para terminar este paseo por las principales corrientes que han dominado el pensamiento psicológico tratando de explicar el fenómeno del aprendizaje, aparece el Cognitivismo, como una corriente de tipo pragmática, en la que se establece que la realidad es interpretada y el conocimiento es negociado por el propio individuo a través de la experiencia y el pensamiento.

184. ANDRÉS ROJO ROJO.

El Cognitivismo plantea que el aprendizaje y la conducta que le sigue ocurren debido al proceso de clasificación cognitiva de la percepción, proceso donde el sujeto juega un papel activo.

Uno de los exponentes de esta corriente, lo supone Bruner en su teoría del "Aprendizaje por Descubrimiento". En palabras de Aranzubía (2008, p.98), Bruner postula que "el aprendizaje supone el procesamiento activo de la información y que cada persona lo realiza a su manera". Sugiere que el individuo selecciona la información, la procesa y la organiza a su propia manera.

Como nos recuerda Siemens (2004), el cognitivismo toma a menudo un modelo computacional de procesamiento de la información. El aprendizaje es visto como un proceso de entradas, administradas en la memoria a corto plazo y codificadas para su recuperación a largo plazo. Para Cindy Buell (2004), en las teorías cognitivas, el conocimiento es visto como construcciones mentales simbólicas en la mente del aprendiz, y el proceso de aprendizaje es el medio por el cual estas representaciones simbólicas son consignadas en la memoria.

En la siguiente tabla, reflejamos las principales características de cada uno de los enfoques comentados.

	Conductismo	Cognitivismo	Constructivismo
Definición	Iguala al aprendizaje con los cambios de conducta observable, bien sea a la forma o a la frecuencia de esas conductas.	El énfasis se localiza en promover el procesamiento mental. Acentúan procesos cognitivos más complejos como el pensamiento, la solución de problemas, el lenguaje, la formación de conceptos y el procesamiento de la información real.	El conocimiento es una función de cómo el individuo crea significados a partir de sus propias experiencias. Los constructivistas enfatizan la interacción entre la mente y el mundo real. Los humanos crean significados, no los adquieren
Como ocurre el aprendizaje	Se logra cuando se demuestra o se exhibe una respuesta apropiada a continuación de la presentación de un estímulo ambiental específico. Los elementos claves son: estímulo, respuesta y la asociación	La adquisición de conocimiento se describe como una actividad mental que implica una codificación interna y una estructuración por parte del estudiante, quien es un participante muy activo del proceso de aprendizaje.	Esta teoría equipara al aprendizaje con la creación de significados a partir de experiencias. Por lo tanto el conocimiento emerge en contextos que le son significativos al estudiante

CAPÍTULO V. BASES EDUCATIVAS DEL APRENDIZAJE PRÁCTICO. 185

	de ambos. Focaliza la importancia de las consecuencias de estas conductas y mantiene que a las respuestas que se les sigue con un refuerzo tienen mayor probabilidad de volver a suceder en el futuro. Se caracteriza al estudiante como reactivo a las condiciones del ambiente.	Los cognitivistas se ocupan de cómo la información es recibida, organizada, almacenada y localizada.	
Cuáles son los factores que influyen en el aprendizaje	Las condiciones ambientales. Se evalúa al estudiante para determinar en qué punto comenzar la instrucción, así como para determinar cuáles refuerzos son más efectivos para un estudiante en particular	La manera como los estudiantes atienden, codifican, transforman, ensayan, almacenan y localizan la información, además de post-pensamientos, creencias, actitudes y valores.	La interacción específica entre los factores ambientales y el estudiante. Es esencial que el conocimiento esté incorporado en la situación en la cual se usa.
Cómo ocurre la transferencia	Aplicando el conocimiento aprendido a nuevas situaciones. Ocurre como resultado de la generalización. Las situaciones que presentan características idénticas o similares permiten que las conductas se transfieran a través de los elementos comunes.	La transferencia es una función de cómo se almacena la información en la memoria. Cuando un estudiante entiende cómo aplicar el conocimiento en diferentes contextos, entonces ha ocurrido la transferencia.	Puede facilitarse envolviendo a la persona en tareas auténticas ancladas en contextos significativos. Si el aprendizaje se descontextualiza, hay poca esperanza de que la transferencia ocurra.
Cuáles de los supuestos o principios básicos de esta teoría son pertinentes al diseño de la	-Énfasis en producir resultados observables y mensurables -Evaluación previa de los estudiantes para determinar dónde se debe iniciar la instrucción -Énfasis en el dominio de	-Retroalimentación -Análisis del estudiante y la tarea -Énfasis en la participación activa del estudiante en el proceso de aprendizaje -Uso de análisis jerárquico para identificar e ilustrar	-Énfasis en la identificación del contexto en el cual las habilidades serán aprendidas y aplicadas -Énfasis en el control por parte del estudiante para manipular la información -Necesidad de que la

formación	<p>los primeros pasos antes de progresar a niveles más complejos de desempeño</p> <p>-Uso de refuerzos para impactar al desempeño</p> <p>-Uso de pistas o indicios, modelaje y práctica para asegurar una fuerte asociación estímulo-respuesta.</p>	<p>relaciones</p> <p>-Énfasis en la estructuración, organización y secuencia de la información para facilitar su óptimo procesamiento</p> <p>-Creación de ambientes de aprendizaje que permitan y estimulen al estudiante a hacer conexiones con material previamente aprendido.</p>	<p>información se presente en una amplia variedad de formas</p> <p>-Apoyar el uso de las habilidades de solución de problemas que permitan al estudiante ir más allá de la información presentada</p> <p>-Evaluación enfocada hacia la transferencia de conocimiento y habilidades</p>
Prácticas de aprendizaje que se sustentan en este modelo	<p>Observación</p> <p>Imitación</p> <p>Repetición</p> <p>Reproducción de modelos</p>	<p>Aprendizaje Basado en Problemas</p> <p>Aprendizaje mediatizado</p>	<p>Aprendizaje por Descubrimiento</p> <p>Aprendizaje de la Experiencia directa</p>
Rol de los actores educativos	<p>Alumno: rol pasivo. Se limita a registrar cómo ha de hacer las cosas, para reproducirlas lo más fiel posible a como lo argumentó el profesor</p> <p>Profesor: rol activo, dominador del conocimiento y poseedor del mismo. Marca las pautas que el alumno debe aprender y que no.</p>	<p>Alumno: rol activo. El alumno decide que es importante aprender y que no, en función de sus intereses (significación)</p> <p>El alumno establece una forma individual de aprendizaje</p> <p>Profesor: rol de coordinador de experiencias o gestor del conocimiento que orienta al alumno sobre la mejor manera de obtener el conocimiento que necesita</p>	<p>Alumno: rol activo-Autónomo. Es el propio alumno el responsable de su propio proceso de aprendizaje, a través de la experiencia directa y la reflexión y la extracción de conclusiones tras la misma.</p> <p>Profesor: rol pasivo, orientador, facilitador de experiencias de aprendizaje</p>

Tabla 8. Resumen comparativo enfoques aprendizaje. Tomada de Ertmer y Newby, 1993

5.2. BASES PEDAGÓGICAS DEL APRENDIZAJE EN EL ENTORNO CLÍNICO. EL APRENDIZAJE EXPERIENCIAL.

Tal como hemos visto en el capítulo anterior, en el entorno clínico se desarrollan procesos educativos, donde se ven implicados procesos de enseñanza y aprendizaje, en este caso formal. No obstante, dadas las características de este entorno, éste proceso formativo, poseía unas características particulares que lo hacen distinto a cualquier otro proceso formativo que se dé en los entornos académicos formales. Estos entornos, se caracterizan por la acción directa y no pasiva del aprendiz sobre aquello que quiere aprender, de una forma autónoma y activa, por parte de sujetos adultos, en conjunción con otras personas que igualmente se encuentra aprendiendo, dirigido o supervisado por una persona con más experiencia, etc.

Por tanto desde el punto de vista educativo, podemos entender que en lo que se refiere al aprendizaje en el entorno clínico, éste se caracteriza por poseer matices propios del Aprendizaje Experiencial, del Aprendizaje Autónomo, del Aprendizaje Adulto, del Aprendizaje Social, del Aprendizaje Cooperativo, por mencionar algunos. Todas estas perspectivas se engloban en los planteamientos constructivistas del aprendizaje, aspecto clave al entender los roles del docente y el alumno, entre otras cuestiones.

Quizás de todos los tipos de aprendizaje comentados, el más destacado, es el aprendizaje a partir de la experiencia propia: el Aprendizaje Experiencial. Indagar sobre la naturaleza del Aprendizaje Experiencial conduce necesariamente a un estudio conceptual que aporte referentes teóricos que lo expliquen y justifiquen. Dicha perspectiva teórica además de facilitar una mayor comprensión de este aprendizaje posibilita una aplicación más rica en la formación inicial a través del Practicum y el desarrollo de los profesionales activos.

Conocer los fundamentos del Aprendizaje Experiencial permite a formadores y docentes conocer este proceso didáctico y sus características en vista al diseño e implementación de propuestas formativas a partir de la experiencia o de la práctica en contextos reales.

Pese a la gran cantidad de experiencias formativas en distintas titulaciones, algunas históricas, el reconocimiento expreso de la formación práctica como una formación real, como aquella que dota al alumno de la verdadera naturaleza de lo que desea convertirse, etc., la teorización sobre la formación práctica es escasa.

Autores como Schon, Medina Moya, Zabalza, Domingo y Gómez, por citar algunos, sostienen que la formación y docencia universitaria continúa careciendo de claridad en cuanto al fundamento teórico del aprendizaje experiencial y como consecuencia éste se trata de forma intuitiva y arbitraria. Y es que como estos mismos autores reconocen, desde la comunidad universitaria, tradicionalmente la formación práctica se ha visto como una actividad complementaria, secundaria, útil por la simple presencia del alumno en el contexto no planificada en el sentido didáctico (Domingo, 2013).

La formación práctica es a día de hoy una gran zona pantanosa, que si bien es reconocida, utilizada y valorada por docentes, formadores y alumnos, es una gran desconocida. Y es que en ella abundan los ejemplos de experiencias gratamente útiles en lo que respecta al aprendizaje de los alumnos, y otras experiencias negativas que llegan a ser incluso desagradables y desmotivadoras para ellos. Por qué esta diferencia y variabilidad son por ahora poco conocidas; aspectos como las relaciones personales, la influencia del entorno de práctica, etc., son en la actualidad reconocidas como influyentes. Un mayor conocimiento de las bases teóricas del aprendizaje experiencial permite comprender mejor lo que sucede a los que aprenden en esa situación didáctica y que condiciones deben darse para que se produzca ese aprendizaje.

Como señala Domingo y Gómez (2014) al conocer este fundamento los formadores estaremos en condiciones de optimizar el potencial didáctico de la experiencia y desarrollar todas las posibilidades que esta presenta. Sin embargo como señala Romero Ariza (2010), actualmente no existe un marco teórico consolidado o ampliamente aceptado para explicar el aprendizaje experiencial.

Lejos de ser una corriente reciente o moderna en el tiempo, el Aprendizaje Experiencial formalmente definido se intuye ya en los años ochenta, en las obras de Mezirow (2000), Freire y otros educadores que hicieron hincapié en que la forma en que procesamos la experiencia y nuestra respuesta crítica de la experiencia que son determinantes para nuestra concepción del aprendizaje. En

este contexto, Rogers (1983), citado por Domingo y Gómez (2014), afirma que las condiciones para el aprendizaje adecuado y suficiente en un entorno continuamente cambiante, como es el entorno clínico, son *“que éste sea autodirigido, significativo, experiencial, de toda persona; un procedimiento centrado en la persona. La facilitación del aprendizaje significativo se basa en cualidades que existen en la relación personal entre el facilitador y el aprendiz...”*. Apunta por tanto este autor, al necesario cambio de roles para la adecuada puesta en práctica del aprendizaje experiencial; cambio de roles tanto del alumno (rol activo) como del docente (guía o facilitador). Es uno de los precursores de la “pedagogía de la no directividad”.

Como señala Arancibia (2008), Rogers califica el “Aprendizaje Experiencial” como el “Aprendizaje Auténtico” puesto que, para él,

“este es mucho más que la acumulación de conocimientos; es un aprendizaje que provoca un cambio en la conducta del individuo, en las acciones que escoge para el futuro, en sus actitudes y en su personalidad, todo esto a través de un conocimiento penetrante que no se limita a una simple acumulación de saber, sino que se infiltra en cada parte de su existencia. Para conseguir este tipo de aprendizaje es necesario permitir que el alumno tenga un contacto real con los problemas que conciernen a su existencia, de manera que él pueda elegir aquello que desea resolver, que desea aprender. Sólo así producirá un aprendizaje experiencial fruto de un enfrentamiento existencial con un problema significativo. La hipótesis es que los aprendices puestos en contacto efectivo con la vida desean aprender, desean crecer y madurar y anhelan, sobre todo, crear” (Arancibia, 2008, p.178)

Como podemos apreciar, esta idea de Rogers, se enmarca en el valor de la experiencia, en general; lo que podemos entender como “aprendizaje vital”, “aprendizaje vivencial” o “aprendizaje de la vida”, siendo ésta una de las concepciones propias del Aprendizaje Experiencial. Al aplicar estas ideas al aprendizaje en los contextos laborales, entendemos los modelos educativos e instructivos.

Por su parte, Perrenoud (2004) respecto al Aprendizaje Experiencial, expone precisamente que el *“arte consiste en partir de la experiencia para salir de ella y alejarse progresivamente del “muro de las lamentaciones” o la simpatía recíproca para construir conceptos y saberes a partir de situaciones de prácticas relacionadas”*. (Perrenoud, 2004, p. 173)

Al hilo de esta idea, distintos autores, como Brookfield (1983), Smith (2001), Itin (1999) y Clark (2010) entre otros advierten de la existencia de dos concepciones diferenciadas de Aprendizaje Experiencial; por un lado se encuentran aquellas que hace referencia al aprendizaje que como personas extraemos de las vivencias y experiencias pasadas. Por otro lado, aparece la concepción del valor educativo de la una experiencia concreta, en un entorno concreto. Es decir, de un lado tenemos el valor de la experiencia en general, como una capacidad innata de la persona, y de otro, la experiencia se comporta como un medio útil para generar aprendizajes.

En la primera idea, en palabras de Brookfield (1983), el aprendizaje experiencial, es aquel que ocurre como resultado de la participación directa del alumno en los eventos de la vida: *“the educations that occurs as a result of direct participation in events of life³⁴”*. Esta experiencia directa con la experiencia, no se encuentra vinculada a un acto educativo concreto, sino es más bien un *“learning throug the life”*, un aprendizaje de las vivencias, más que un aprendizaje dirigido a la experiencia. En este sentido, se manifiesta como una filosofía de vida, y un aprender de la experiencia de un modo vitalista (Chickering, 1976; Houle, 1980. citados por Itin (1999)).

Este tipo de corriente de pensamiento, se traduce en movimientos educativos que enfatizan el valor formativo de las experiencias de vida, por lo que proponen prácticas educativas desde etapas iniciales basadas en las experiencias de los alumnos y el descubrimiento del conocimiento a través de estas experiencias directas en el mundo. Es por esto que algunos autores, denominan a este tipo de corriente como *“Educación Experiencial”*, y asume distintos movimientos como el outdoor training, y el teambuilding (Asociación Internacional del Aprendizaje Experiencial).

En el otro extremo, el Aprendizaje Experiencial, se circunscribe a una *“metodología de aprendizaje”* más que en una filosofía del mismo. Consiste en utilizar la experiencia directa como un medio para el aprendizaje, y no una filosofía educativa en sí misma. Como sostiene Brookfield (1983), el Aprendizaje Experiencial (*Experiential Learning*)

³⁴*“la formación ocurre como resultado de la participación directa del alumno en los eventos de la vida”*

*“is undertaken by students who are given a chance to acquire and apply knowledge skills and feelings in an immediate and relevant setting. Experiential Learning, therefore, involves direct encounter with the phenomena being studied, rather than merely thinking about the encounter or only considering the possibility of doing something about it.”*³⁵
(Brookfield, 1983, p.16)

De esta manera los estudiantes están en contacto directo con lo que van a aprender en lugar de simplemente pensar en ello o de considerar la posibilidad de llegar a hacer algo con los conocimientos adquiridos.

Con afán de establecer una definición unitaria y de consenso, libre de los matices entre Enseñanza y Aprendizaje, Steho (1986) (citado por Itin 1999), establece que se entiende por Aprendizaje Experiencial, (Experiential Learning) los cambios producidos en la persona resultados de la reflexión tras una experiencia directa y resulta en nuevos conceptos y abstracciones aplicables en el futuro. Es decir, no basta la experiencia directa, sino que ésta se debe acompañar de reflexión sobre lo acontecido, abstracción de ideas que se traduzcan en modificaciones o reafirmaciones para el futuro proceder. Es por tanto un proceso individual, donde al profesor es un “orientador” o “guía” de los procesos reflexivos.

En este sentido, Smith (2001), señala que el Aprendizaje Experiencial es un tipo de aprendizaje donde los estudiantes tienen la oportunidad de adquirir y aplicar conocimientos, competencias, habilidades y sentimientos en un entorno relevante para ellos. Por tanto este tipo de aprendizaje involucra al individuo en una acción directa con aquello que está estudiando, en lugar de la mera “contemplación” o descripción intelectual.

Como una forma peculiar de Aprendizaje Experiencial, aparece el conocido como “aprendizaje experimental”, en el que los individuos aprenden a través de la “experimentación”, es decir, en contextos controlados donde son capaces de aplicar una y otra vez las acciones, observando reacciones, posibles consecuencias, etc. Es decir, se fundamenta en el aprendizaje a través de la

³⁵“se lleva a cabo por los estudiantes que se les da la oportunidad de adquirir y aplicar habilidades y sentimientos de conocimiento en un entorno inmediato y relevante”

192. ANDRÉS ROJO ROJO.

experiencia, y a partir de la experiencia directa, pero ésta se lleva a cabo en contextos no reales. Son por ejemplo los aprendizajes llevados a cabo en laboratorios o la Simulación Clínica.

En la actualidad, el Aprendizaje Experiencial, está reconocido por distintos autores, como una oportunidad única para conectar la teoría y la práctica. Cuando el alumnado se enfrenta al desafío de responder a un amplio abanico de situaciones reales, se consolida en él un conocimiento significativo, contextualizado, transferible y funcional y se fomenta su capacidad de aplicar lo aprendido. (Romero Ariza, 2010).

Itin (1996; 1999), considera que el Aprendizaje Experiencial, lejos de ser una técnica, o estrategia educativa, debe ser considerada una Filosofía Educativa, en el sentido de que debe involucrar a todas las instancias educativas implicadas a nivel organizacional, y de procesos (evaluación principalmente). Considera que en este sentido las experiencias deben ser planificadas, eligiendo las experiencias que potencialmente pueden ser útiles a los alumnos para la consecución de conocimientos, habilidades y valores (competencias diríamos hoy día), potenciando en el alumno las capacidades reflexivas y metacognitivas necesarias para poder extraer todo el potencial a las experiencias de aprendizaje, propiciar, estimular y provoca la iniciativa de los alumnos, etc. En esta filosofía, el alumno aprende de sí mismo, de la relación con su docente, de la relación con sus compañeros, del resto de interacciones con las personas del entorno donde se desarrolla la acción. Todas estas interacciones son experiencias en sí mismas, y por tanto con potencial de aprendizaje.

Con todo, en 2000, Boud, Cohen y Walter (en Arancibia, 2010), expusieron lo que llamaron las 5 proposiciones del aprendizaje experiencial:

1. La experiencia es la base y el estímulo de todo aprendizaje
2. Los aprendices construyen activamente su propia experiencia
3. El aprendizaje es un proceso holístico
4. El aprendizaje se construye social y culturalmente
5. El aprendizaje está influido por el ambiente socioemocional en el que ocurre.

5.3. APRENDIZAJE EXPERIENCIAL Y REFLEXIÓN.

Como apunta Zabalza entre otros autores, lo realmente importante en el aprendizaje que se da en el entorno práctico, no es el “aprender haciendo”, sino la “reflexión de lo realizado” (2003).

Esta relación lejos de ser nueva, viene siendo una constante teórica, desde mediados de los años ochenta; ya el propio Dewey (1928) advertía de la necesidad de la vinculación de la práctica realizada con la reflexión acerca de lo acontecido para que se diera realmente la consideración de práctica de aprendizaje.

El concepto de reflexión, como todos conceptos tratados en este campo, es ambiguo y rodeado de distintos matices en base a quien lo enuncie. Korthagen (2001), en un intento de definición del concepto de reflexión argumenta que todo comportamiento humano está basado en estructuras mentales, que no son estáticas pues pueden ser modificadas a partir de la experiencia o a través de la confrontación de situaciones vividas. Por ello, para él:

“Reflection is the instrument by which experiences are translated into dynamic knowledge”³⁶. (p. 53).

“Reflection is the mental process of trying to structure or restructure an experience problem or existint knowledge or insights”³⁷ (p. 58)

Hatton y Smith (1995), identifican el proceso reflexivo (ellos lo realizan sobre la acción docente), como un intento para mejorar la acción profesional; así pues afirman que

“Thinking about intentional action with a view to improving.”³⁸

Por tanto, para diversos autores (Williams y Grudnoff, 2011; Moon, 2007) la reflexión es entendida como un proceso mental, un pensamiento, que se realiza desde la vivencia de la experiencia práctica, las vivencias tenidas y la

³⁶ *“La Reflexión es el instrumento a través del cual las experiencias son transformadas en conocimiento dinámico”*

³⁷ *“La Reflexión es un proceso mental que trata de estructurar y reestructurar una experiencia, un problema, o los conocimientos existentes o “insights”*

³⁸ *“el pensamiento intencional sobre la acción con miras a su mejoramiento”*

conceptualización de lo acontecido, con la intención de mejorar la actuación personal o colectiva.)

Como vemos, resultan inseparables las nociones de aprendizaje experiencial (a partir de la experiencia) y aprendizaje reflexivo (necesidad de reflexionar).

Diversos autores, consideran que el Aprendizaje Reflexivo se despierta a través de la sorpresa o duda en el actuar de un profesional. Para Dewey (2007), las situaciones problemáticas, ambiguas, inesperadas, dilemáticas, contienen elementos sorpresa que proponen una amplia gama, diversa y plural de sugerencias.

Otros autores como D. Schon (1992) establecen matices en lo que se refiere al "momento" en el que se da la reflexión en relación con el momento de la acción. En este sentido, él diferencia tres tipos de reflexión. Él distingue entre Reflexión "in action" y Reflexión "on action". La primera tiene que ver con la reflexión que los profesionales realizamos en el mismo momento de que estamos realizando la acción, atendiendo a la impresión acerca de los resultados que estamos teniendo en ese momento. Se vincula por tanto a la experimentación directa del ejecutor de la acción. Él asevera:

*"when someone reflects-in-action, he becomes a researcher in the practice context.... He constructs a new theory of the unique case"*³⁹ (Schon, 1983; 1998 p. 68)

Por tanto, como Schon nos dice, la Reflexión "in action", se construye al momento en que se está produciendo la acción, cuando aún ésta puede ser modificada. Por el contrario, la Reflexión "on action", tiene lugar tras la acción, en un momento posterior. Esta reflexión como veíamos anteriormente, va enfocada a la mejora de la acción futura, o a la reafirmación de lo realizado, si el efector así lo considera.

Con frecuencia, este concepto de Reflexión "on action", requiere del análisis de las circunstancias, así como obliga al que reflexiona a cuestionar todo su conocimiento y bagaje emocional al respecto. En este sentido, Sanjurjo, (citado por Domínguez, 2013), considera que esta reflexión, supone un cuestionamiento sobre lo que se piensa, lo que se siente, en busca de explicaciones a lo acontecido.

³⁹"Cuando alguien reflexiona en la acción, se convierte en un investigador en el contexto de la práctica.... Construye una nueva teoría del caso único"

Esto es la Metacognición. Ésta se entiende, como aquella reflexión que se centra en los propios procesos mentales del que aprende y toma conciencia de ellos, reorienta y autorregula los respectivos procesos realizados. Es a través de este ejercicio, a partir del cual, los individuos tomamos conciencia de lo que sabemos (y de lo que no sabemos), de nuestras creencias, valores con el fin de analizarlos, con el fin de depurarlos críticamente y adaptarnos por tanto a lo vivido. Es por tanto, un darnos cuenta de lo que nos falta y a partir de ahí buscar activamente la manera de completarlo.

5.4. FORMACIÓN PRÁCTICA Y APRENDIZAJE EXPERIENCIAL.

A la luz de todo lo comentado al respecto, para que se produzca un aprovechamiento real de la formación práctica de nuestros alumnos, y partiendo de las peculiaridades del Aprendizaje Experiencial, tendremos que atender a una serie de rasgos que éste debe tener, tal como Zabalza (2003) y Domingo (2013, p.58) nos apuntan:

- a) Es un aprendizaje contextual, limitado por el contexto. Por tanto un contexto será adecuado en tanto en cuanto, en éste se den experiencias motivadoras para el alumno, con experiencias o vivencias suficientemente atractivas para los intereses del alumno.
- b) Es un aprendizaje poco sistemático y escasamente estructurado. Donde no se responde a una estructura organizada de objetivos y contenidos, sino que depende de atributos como la oportunidad. La experiencia, marca sus propios ritmos y temáticas con sus particularidades propias de cada contexto.
- c) Es un aprendizaje significado para el alumno. Por lo que atender a los intereses y motivaciones propias del alumno, se antoja fundamental.

Con todo esto, Zabalza (2003, p.33) considera que para que el aprendizaje experiencial alcance su mayor potencial, éste debe incluir las siguientes fases:

- *1º Fase de Preparación: implica el diseño y anticipación de las posibles experiencias que se van a ofrecer a los alumnos y la consiguiente preparación.*

Esta fase de preparación tiene un carácter doble; por un lado, el responsable de la formación debe demarcar los objetivos de una forma realista a los contextos donde éstos se han de producir. De lo contrario, se contribuye a la ruptura entre los ámbitos educativos y profesionales. Esto implica una colaboración constante entre los responsables educativos, y los responsables de la docencia práctica (tutores), en el sentido de que ésta planificación debe ser pactada entre todos los actores docentes.

Por otro lado, el alumno debe de una forma previa, conocer los objetivos que ha de conseguir en su formación, así como establecer cuáles son sus necesidades y prioridades de formación al respecto, de manera que él determine sus propios objetivos a la hora de afrontar la formación práctica.

- **2ª Fase de realización de experiencias previstas** en sus respectivos contextos. Como queda constatado, la experiencia directa es el factor crucial para el desarrollo del aprendizaje. Es por ello, por lo que el Tutor debe permitir la realización de las acciones directamente por parte del alumno, para que de esta manera él obtenga sus propias vivencias y poder reflexionar posteriormente. En este momento, el rol del Tutor, es de acompañamiento, asesoramiento, y en palabras de Schon, debe estimular la reflexión "in action" por parte del alumno, para que las actividades no se conviertan en imitación de prácticas observadas ni en actividades rutinarias carentes de reflexión.
- **3ª Fase de reflexión sobre lo realizado.** En este sentido, entendemos la existencia de distintos momentos para éste ejercicio fundamental:
 - **Reflexión post-acción inmediata:** Esta fase de reflexión, comienza en el mismo momento que finaliza la acción realizada por parte del alumno, y es el propio Tutor, el "instigador" de dicha reflexión. A partir de estimular al alumno a cuestionarse por qué ha sucedido, cómo se ha sentido, cómo mejoraría, etc.
 - **Reflexión individual:** esta fase conlleva la recodificación de significados de la experiencia; el alumno debe recordar lo vivido, a través de la narración de lo acontecido, para formar una "experiencia pensada". En esta etapa el alumno es capaz de analizar a través de habilidades metacognitivas lo que le falta y cómo subsanar las deficiencias.
 - **Reflexión Grupal:** esta fase, implica poner en común con otros compañeros, las vivencias y reflexiones tenidas en la práctica, de forma que éstos se enriquecen de las experiencias propias tanto como de las de los compañeros. Por otro lado, esta

puesta en común de las experiencias y reflexiones propias, propicia que el grupo reafirme o modifique las conclusiones obtenidas por el alumno en su reflexión de lo vivido, de manera que potencia la propia reflexión.

- **4º Fase de reconstrucción y conceptualización de la propia experiencia.** *Consiste en la búsqueda de información y aportaciones de la literatura especializada en lo que se refiere a las experiencias vividas. Los hallazgos o no, de información objetiva acerca de lo que el alumno ha vivenciado, puede reafirmar las posturas, conclusiones y futuras conductas de lo vivido por parte del alumno.*

En lo que respecta a modelos que propicien la reflexión a partir de la experiencia, autoras como Domingo (2013), establecen el “Método R⁵ “de Práctica Reflexiva, a partir del cual, la persona puede aprender de su propia práctica si sigue una serie de pasos o etapas consecutivas.

Este método en palabras de la autora, ha mostrado sus cualidades con distintos grupos de personas, tanto en formación inicial como en formación de profesionales. Como variante a este modelo, Domingo establece el “Modelo R⁴” en el cual se elimina un paso del Método M⁵, de forma que se podría prescindir de la Reflexión grupal, si bien, se pierde el soporte colectivo que supone la reafirmación de las conclusiones del que reflexiona.

5.5. MODELOS DE APRENDIZAJE EXPERIENCIAL.

En la comunicad científica existe consenso en posicionar las ideas de J Dewey, como las precursoras de las posteriores filosofías sobre el Aprendizaje Reflexivo; filosofías que se plasmarán en distintos Modelos de Aprendizaje; modelos a través de los cuales los autores tratan de explicar el funcionamiento del individuo a la hora de aprender de la experiencia. Estos modelos por tanto, orientan la práctica de los formadores, en pos de propiciar y cuidar al alumno a lo largo de dicho proceso hasta la consecución de su fin: la modificación de comportamientos.

5.4.1. Antecedentes de los Modelos Modernos.

Previa a la ola de modelos acerca del Aprendizaje Experiencial, incluso antes del auge de los movimientos constructivistas sobre la educación, distintos

autores consideraron las bondades de la acción para con el aprendizaje. En este sentido, la literatura científica considera la obra de John Dewey, como el principio de la filosofía del Aprendizaje Experiencial. La obra en la que Dewey introduce el lugar de la experiencia en la educación es *Democracy and Education* (1916). Esta obra de corte eminentemente filosófico, estableció no solo la acción sino la reflexión a partir de la misma, al considerar que es insuficiente el conocimiento sin la acción posterior, y es imposible, hacer sin entender. (*is insufficient to simply know without doing and impossible to fully understand without doing*).

Para Dewey (citado por Daros, 1992: 35) la reflexión es un modo de pensar que consiste en el hecho de volver sobre las cuestiones considerándolas con seriedad y secuencialmente. Al reflexionar, el hombre no corre con su mente, no discurre en forma incontrolada, ni automática; sino que al reflexionar el hombre se impone una secuencia y consecuencia en sus ideas y acciones. En su forma más desarrollada y propia de los adultos, el pensamiento reflexivo consiste, según J. Dewey, en una consideración activa, creciente, persistente y cuidadosa acerca de cualquier creencia o forma supuesta (problemática) de conocimiento, a la luz de los fundamentos en los que se basa y de las conclusiones que se derivan.

Para Dewey, el conocimiento reflexivo, se basaba en varias etapas interrelacionadas: el sentido de un problema; la observación de las condiciones; la formación y elaboración racional; la comprobación activa de la solución propuesta. O lo que es lo mismo, valorar la presencia de un problema a través de la discrepancia entre lo vivido actualmente y lo conocido previamente; observar detenidamente cómo sucede la vivencia; establecer mentalmente o buscar explicaciones a lo vivido; volver a poner en práctica la situación a partir del nuevo conocimiento. Por tanto, la duda y el deseo de buscar la verdad, se hallan en el germen de la reflexión.

Este concepto que maneja Dewey sobre la Reflexión, se encuentra como vemos lejos de la contemplación o divagación. Pretende que los resultados de este proceso reflexivo, sean aplicados a la acción nuevamente. La reflexión es por tanto, un motor de cambio en la conducta o actitudes de una persona, por lo que es un motor de aprendizaje.

Dewey, en palabras de Roberts (2000), considera que la experimentación y los errores son parte esencial del proceso de aprendizaje. Igualmente Dewey

consideraba que el individuo no aprende por la simple experiencia directa, sino a través de la reflexión de lo acontecido y la posibilidad de aplicación nuevamente en el contexto práctico. Estos planteamientos, como veremos posteriormente son el germen a partir del cual los modelos modernos generan la teorización acerca de la experiencia como valor formativo.

5.4.2. Modelos Modernos de Aprendizaje Experiencial.

Dependiendo del modelo, el ciclo experiencial puede abarcar desde dos hasta seis etapas (Neill, 2004). Stehno (1986), citado por Itin (1999), tras revisar siete modelos sobre el aprendizaje experiencial, estos presentan una serie de características básicas, como son:

1. Acción que crea una experiencia
2. Reflexión en la acción y la experiencia
3. Diagramas de abstracción sobre la reflexión realizada
4. Aplicación de las conclusiones obtenidas de la reflexión, a la nueva experiencia o acción.

Todos estos modelos independientemente del momento histórico, la corriente de pensamiento que los inspire o la rama científica de la cual emanen, tienen en común estos cuatro puntos.

A continuación describiremos brevemente los modelos a nuestro modo de ver más representativos en el momento actual.

5.4.2.1 Modelo David Kolb

El punto central de referencia para la discusión sobre el aprendizaje experiencial viene del trabajo de David Kolb y Roger Fry (1975). Como nos señala Blasco López, (2000), Kolb desarrolló el modelo de aprendizaje experiencial sobre el trabajo de Dewey, Piaget y Lewin. De éste último se influye sobre la idea de que el aprendizaje es mejor facilitado cuando hay un conflicto entre una experiencia concreta inmediata de un estudiante y el análisis objetivo que realiza de la misma. Sin embargo, Kolb, entronca su tesis con las ideas de otros pensadores de corte constructivista como Vytovsky al afirmar que el aprendizaje

200. ANDRÉS ROJO ROJO.

desde la experiencia es el proceso por el que sucede el desarrollo de los seres humanos.

Según Blasco, las ideas de J. Dewey (década de 1930), establecen el debate en la época de porque al alumno no se le puede proporcionar el conocimiento de los hechos, aprovechando el conocimiento generado por la humanidad o la ciencia, sino que debe experimentar él mismo el descubrimiento de ese conocimiento. Dewey, afirma que el alumno debe descubrir por sí mismo nuevos caminos, partiendo de sus intereses de la exploración activa y de la elaboración imaginativa de soluciones a lo vivido. Es de los redescubrimientos desde donde se comprenden los “viejos conocimientos”. Como se aprecia, las ideas de Dewey, ponen ya de relieve la necesidad tan sentida actualmente de “aprender a aprender.

Como igualmente nos apunta Blasco, Kurt Lewin, afirma a través de sus experimentos con dinámicas de grupo, (T-Group), que el aprendizaje se produce en entornos donde hay una tensión dialéctica y un cierto conflicto entre los participantes acerca de una experiencia concreta. Es a través de esta experiencia concreta y de la reflexión posterior, donde se produce el aprendizaje.

Por último, de Piaget (1920, aunque influye realmente a partir de 1960) toma la idea de que los niños en su maduración intelectual y en su paso por las distintas fases de desarrollo, se basan en la manipulación, exploración e interacción con el entorno inmediato, para la elaboración del razonamiento abstracto y la manipulación de símbolos.

Sin entrar en mayores matizaciones, respecto a las concepciones que Dewey, Lewin y Piaget, presentan acerca de sus concepciones de aprendizaje experimental, podemos decir, que presentan una serie de rasgos comunes, que son nucleares para entender el modelo de Kolb:

- **El aprendizaje experiencial debe ser concebido como un proceso no como un resultado o producto.** Un proceso sin un final concreto, puesto que siempre tendremos experiencias sobre las que seguir aprendiendo y modificando lo que conocemos.
- **El aprendizaje es un proceso continuo derivado de la experiencia.** El conocimiento se deriva continuamente de la experiencia y se pone a prueba en la experiencia del propio aprendiz. En esta línea, cada experiencia aporta

algo, a la que está por venir. Lo que la persona aprende en forma de conocimientos o habilidades, en una situación puede convertirse en un instrumento de entendimiento y un arma eficaz para afrontar situaciones futuras. El proceso por tanto es continuo y consustancial a la vida misma.

- **El proceso de aprendizaje requiere de la resolución de conflictos** entre posturas dialécticamente opuestas de adaptación al mundo. El aprendizaje, es por su propia naturaleza, una tensión, un conflicto entre la acción y la reflexión.

Kolb basándose en las aportaciones de Lewin, adopta el ciclo de éste autor para explicar el aprendizaje experiencial (Kolb 1984, pg 21). Este ciclo (*the Lewinian Experiential Learning Model, 1946*) establece, un ciclo entre la acción, la reflexión, la obtención de conclusiones y la vuelta a la experiencia. El modelo de Lewin, como afirma el propio Kolb, (1984), lo adopta del campo de la ingeniería eléctrica, para establecer las relaciones de feedback. Lewin revisó las ideas de Dewey acerca del aprendizaje del ser humano, y las esquematizó en un diagrama. Con el tiempo, el modelo del Aprendizaje Experiencial de Lewin, fue conocido por el Modelo del Aprendizaje Experiencial de Kolb. Las ideas acerca del proceso de aprendizaje seguido a partir de la experiencia se concretan en la siguiente figura.



Figura 3. Ciclo de Kolb. Adaptada de Kolb 1984, p. 21

202. ANDRÉS ROJO ROJO.

De acuerdo con Kolb y Fry (1975), el ciclo de aprendizaje puede comenzar en cualquier punto de las cuatro estaciones mencionadas, aunque el ciclo debe ser abordado como una espiral continua. Sin embargo el proceso de aprendizaje comienza cuando una persona lleva a cabo una experiencia particular y luego ve el efecto de esa acción sobre el contexto.

Las tres asunciones, en opinión de Kolb (1984), sobre las que se apoya el aprendizaje experiencial para ser exitoso son: las personas aprenden mejor cuando están involucradas en el aprendizaje de la experiencia; para que el conocimiento sea significativo, éste ha de ser descubierto por el individuo; las personas se comprometen más a aprender cuando son libres para identificar y perseguir sus propias metas.

Kolb en su modelo, aporta como idea novedosa, la existencia de distintos patrones o “estilos personales” de aprendizaje en las que cada persona se puede reconocer tras analizar su proceder a partir de las coordenadas de la experiencia, la reflexión y sus distintas relaciones. De este modo, Kolb identifica cuatro estilos de aprendizaje, como son Divergentes, Asimiladores, Convergentes y Acomodadores. En base al tipo de estilo de aprendizaje que una persona presente, éste será más tolerante a los cambios en las situaciones prácticas y por tanto, capaz de establecer reflexión a aprendizaje del mismo.

El modelo de Kolb, pese a lo esquemático e intuitivo de las relaciones que establece entre las etapas, es criticado por diversos autores, focalizando esta crítica en la simplicidad y la escasa evidencia empírica que rodea la clasificación de los estilos de aprendizaje. Pese a ello, es un modelo de amplia difusión y repercusión en el contexto educativo.

5.4.2.2. El Modelo de Peter Jarvis.

La obra de Peter Jarvis (1987), parte del análisis del Modelo de Kolb, como una crítica vertida por éste y otros autores al modelo de Kolb, en lo que se refiere a su simplicidad y a la incapacidad de establecer el funcionamiento de aquellos alumnos que no aprenden por la reflexión, o que no obtiene la reflexión como medio de aprendizaje en la práctica.

Jarvis, establece un diagrama explicativo de su modelo, mostrado en la siguiente figura:

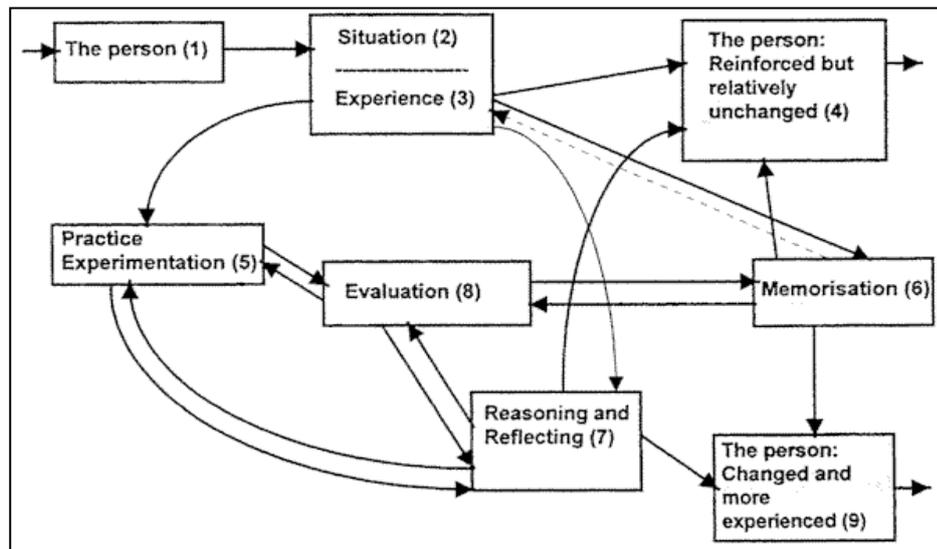


Figura 4. Modelo Aprendizaje P. Jarvis, 1987. Tomado de Illeris, 2009, p. 24

Como se puede apreciar, el modelo de Jarvis, establece una compleja relación en lo que se refiere al aprendizaje a partir de las experiencias.

Para este autor, hay nueve posibles respuestas a las situaciones potenciales de aprendizaje. De estas, seis de las actuales respuestas de aprendizaje a situaciones potenciales de aprendizaje son en realidad diferentes tipos de aprendizaje y no solamente diferentes estilos de aprendizaje, como afirmaba Kolb.

Por ello, Jarvis, en su modelo, establece tres situaciones posibles, como son:

- No aprendizaje
- Aprendizaje No Reflexivo
- Aprendizaje Reflexivo

El autor considera que aquellas personas que ante una situación, establecen los pasos 1 a 4, ésta no obtiene aprendizaje de ella, en el sentido de que se consolidan acciones sin cambios; es decir, no se producen cambios en el comportamiento futuro de la persona. Los aprendizajes que se producen como consecuencia de la Memorización, directamente sin establecer reflexiones previas, son catalogados como una situación de Aprendizaje No Reflexivo. Estas

situaciones se dan en los pasos 1 a 3 y luego a 6 y 4 o 9. Son un ejemplo de Aprendizaje No Reflexivo, las prácticas imitativas o la memorización de rutinas.

5.4.2.3. Modelo ALACT de Korthagen.

Korthagen considera que se debe aprovechar el peso de la experiencia como base reflexiva y realmente formativa. Él lo define como aprendizaje realista, entendiendo éste como la conexión entre las experiencias prácticas y el conocimiento teórico. En este proceso, como los vistos hasta ahora, emerge desde la duda o el cuestionamiento de las vivencias. El proceso reflexivo, para Korthagen lejos de ser un atributo del aprendizaje en la práctica, o un tipo concreto de aprendizaje, considera que es una competencia deseable de todos los profesionales, de manera que considera que la Formación de Profesionales está dirigida a fomentar la reflexión sistemática de los mismos. Por ello, ésta debe ser incentivada desde los inicios de la formación inicial y potenciada como instrumento del desarrollo profesional.

El aprendizaje según Korthagen, parte de los interrogantes surgidos de la propia práctica dentro de un contexto real. Este principio tiene como consecuencia el hecho que la formación nunca parte de planteamientos teóricos, sino de experiencias reales y subjetivas que están ligadas a las vivencias y sentimientos del propio profesor en formación.

Con todo ello, Korthagen, propone el modelo de reflexión ALACT⁴⁰. Este modelo, al igual que los anteriores, plantea un ciclo de actuaciones repetitivo, que comienza con la acción directa, para establecer una reflexión enfocada a la futura acción. Como novedad, Korthagen, establece la “metareflexión”, como una nueva dimensión que permite la reflexión sobre la reflexión, de manera que lleva a la materialización consciente de los esquemas o patrones de reflexión seguidos, permitiendo su valoración y modificación conduciendo por tanto a los profesionales a la manipulación consciente de su propio proceso de reflexión. (Domingo, 2013). Otra de las aportaciones interesantes, en lo que respecta al

⁴⁰ ALACT: Action (Actuación); Looking back on the action (Revisión de la acción); Awareness of essential aspects (Concienciación); Creating alternative methods of action (Elaboración de alternativas); Trial (Ensayo)

modelo reflexivo, es el papel que juegan el grupo de alumnos y compañeros, en la reflexión individual

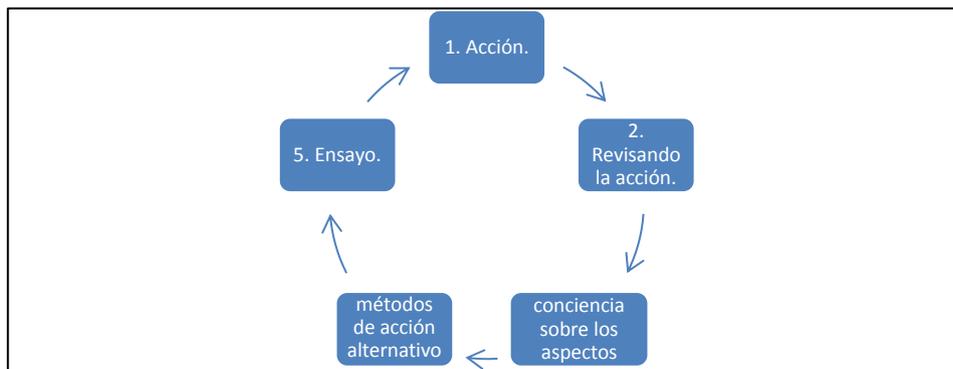


Figura 5. Modelo ALACT de Korthagen. Adaptado de Kortagen, 2010.

En este caso el Aprendizaje entre iguales, en lo que respecta en la reflexión permite la mejora propia, de manera que la combinación de esta práctica de soporte al otro con la reflexión propia y escucha de opiniones sobre nuestras actuaciones conforma una estructura sólida para la formación permanente. Por último, Korthagen destaca la importancia de la figura del formador, que deberá guiar este proceso de formación a partir de la práctica.

5.4.2.4. Otros Modelos de Aprendizaje Experiencial.

Existen infinidad de modelos teóricos que tratan de explicar la forma en la que las personas aprenden desde la práctica o la acción directa de una vivencia determinada. Uno de los modelos más interesantes es el Modelo de Raelin (2000). Este autor propone un modelo de aprendizaje en el seno de las organizaciones denominado *Work –based Learning*. Como señala Vallejo Martos (2007), Raelin propuso un modelo integrador de conocimiento tácito y explícito con formas de aprendizaje teóricas y prácticas en el trabajo, tanto a nivel individual como colectivo, en el que considera que la observación y posterior análisis y reproducción de lo observado suponen una vía para el aprendizaje individual a nivel práctico. (Raelin 1997).

Posteriormente este mismo autor, comprobó que la reflexión pública o conjunta en las organizaciones resulta ser un instrumento facilitador del aprendizaje, en la medida que en los comportamientos, bajo la perspectiva del

206. ANDRÉS ROJO ROJO.

aprendizaje social son el resultado de otros comportamientos y actuaciones observadas y en que la reflexión pública facilita la observación. (Raelin, 2001).

Este autor, identifica su modelo en torno a bucles o ciclos de aprendizaje concéntricos, (de primer, segundo y tercer orden), donde la forma más simple o de primer orden de aprendizaje es el aprendizaje memorístico o la instrucción teórica, tradicionalmente llevada a cabo en las aulas; por el contrario, la actividad de aprendizaje de tercer orden, es un aprendizaje reflexivo, en el que como consecuencia de la interpretación profunda de lo vivido, el individuo se cuestiona hipótesis ampliamente aceptadas o modifica ideas arraigadas fuertemente.

Así pues, desde el punto de vista de Raelin, la formulación de problemas en contextos complejos y multidisciplinares y la necesidad de buscar respuestas o soluciones a dichos problemas, involucran al sujeto en procesos cognitivos, que conllevan un aprendizaje mucho más profundo y rico que aquel, que tradicionalmente se ha llevado a cabo en las aulas.

Esta forma de entender el aprendizaje, se aplica a cómo los profesionales noveles se desarrollan en el contexto laboral de la organización, pasando desde las etapas de aprendiz a experto. Estas formas de enseñanza y aprendizaje se enmarcan en procesos de instrucción o entrenamiento que en procesos formativos realmente.

5.5. IMPLICACIONES PRÁCTICAS DE LOS MODELOS TEÓRICOS DEL APRENDIZAJE EXPERIENCIAL.

Los modelos que acabamos de tratar, y todo el entramado teórico acerca del Aprendizaje Experiencial, nos dejan dos conclusiones fundamentales a la hora de atender una experiencia práctica adecuada:

- La experiencia del alumno debe implicar acción directa sobre aquello que quiere aprender
- La reflexión es crucial en el proceso de aprendizaje.

En este sentido estos axiomas sobre el aprendizaje práctico, deben ser aplicados por todos los actores que forman parte de la formación práctica, a saber, los alumnos y los docentes. Al referirnos a docentes, incluimos las dos figuras de referencia en la formación práctico-clínica: los tutores y los Profesores de la

Universidad. Todos y cada uno de ellos, deberá atender y propiciar el cumplimiento de lo antes comentado.

Respecto a los alumnos en palabras de Kolb, citado por Blasco Pérez (2000) requieren si quieren ser efectivos, deben poseer cuatro habilidades distintas:

- Habilidades relacionadas con la experiencia concreta
- Habilidades relacionadas con la observación y la reflexión
- Habilidades relacionadas con la conceptualización abstracta
- Habilidades relacionadas con la experimentación activa.

O en las propias palabras de D. Kolb

“they must be able to involve themselves fully, openly, and without bias in new experiences (concrete experience). They must be able to reflect on and observe their experiences from many perspectives (reflection and observation). They must be able to create concepts that integrate their observations into logically sound theories (abstract conceptualization) and they must be able to use these theories to make decisions and solve problems (active experimentation)”⁴¹. (Kolb, 1984; en Blasco Pérez, 2000, p.168)

Por tanto, el alumno debe ser tanto actor como observador, y debe involucrarse en las situaciones que se le plantean. Si no es así predominan formas de aprendizaje desequilibradas. Por ejemplo desde la perspectiva de Piaget, cuando predomina el modo de acomodación surge la imitación y por el contrario cuando domina el modo de asimilación predomina la acción propia. No olvidemos que Piaget atribuye el estilo de aprendizaje por acomodación a las primeras etapas de desarrollo, donde se tienen pocos esquemas y teorías en los que se pueda asimilar o reflejar los eventos vividos.

Otros autores como Davis (1993), establece que enseñar dentro de la filosofía y modelos de Aprendizaje Experiencial es una interacción entre el estudiante y el docente sobre un aspecto concreto. Considera que la relación entre

⁴¹ *Ellos deben poder involucrarse totalmente, abiertamente y sin prejuicios en nuevas experiencias (experiencia concreta). Deben poder reflexionar y observar sus experiencias desde muchas perspectivas (reflexión y observación) deben poder crear conceptos que integren sus observaciones en teorías lógicamente válidas (conceptualización abstracta) y deben poder usar estas teorías para tomar decisiones y resolver problemas concretos experimentación activa)*

alumno y profesor es transactiva en lugar de interactiva; entiende por tanto que existe un intercambio entre el alumno y el profesor y no solamente una interacción. Transacción asume la interacción, pero añade la intercambio recíproco; es decir, no solo el profesor aporta al alumno, sino el alumno le aporta al profesor. Se podría decir, que el alumno aprende del profesor y el profesor del alumno. En lo que respecta al Rol del Docente, hemos de diferenciar los distintos papeles que juegan el Tutor Asistencial y el Profesor de Universidad.

El Tutor, en tanto que es el profesional que como hemos visto anteriormente, orienta y guía el proceso de aprendizaje en el contexto clínico, debe de propiciar la experimentación activa del alumno, limitando o minimizando aspectos típicos de la formación clínica como es la observación; y es que el alumno debe poseer sus propias vivencias para poder establecer posteriormente reflexiones y extraer conclusiones propias al respecto.

En otro sentido el Tutor debe propiciar las experiencias de reflexión en la acción, en el sentido de incentivar la duda y el cuestionamiento del cómo y el porqué de las acciones por parte de los alumnos, así como dotar a la iniciativa de un papel preponderante en el alumno (Itin 1999). Así mismo, como parte de este papel decisivo en la reflexión del alumno, éste debe estimular en el alumno la búsqueda de respuestas y alternativas de actuación ante lo vivido, así como la posibilidad de ponerlas en práctica de una forma autónoma. Se debe huir por tanto, de prácticas imitativas, repetitivas o rutinarias.

En lo que respecta al Profesor de Universidad, como responsable directo de la Formación Práctica de los alumnos sus labores se centran en planificar y evaluar los aprendizajes prácticos de los alumnos. En tanto que planificador de las actividades prácticas, y responsable de la materia Practicum, debe asegurar que los contextos clínicos donde se va a realizar la formación práctica se adecúan a los objetivos formativos previstos para los alumnos. Esto implica un conocimiento de primera mano de los objetivos que pueden ser conseguidos en los distintos servicios donde los alumnos van a realizar sus estancias; lo que implica visitas a los centros y entrevistas con los tutores asistenciales. Es fundamental el contacto con el tutor asistencial para establecer sus funciones y metodologías, incidiendo por tanto en la necesidad de participación directa del alumno así como en la estimulación de la reflexión.

Igualmente, debe propiciar y proponer estrategias formativas para los alumnos en habilidades y competencias reflexivas; Establecer espacios adecuados donde realizar reflexiones individuales y grupales, como forma de generar reflexión a partir de la práctica. Igualmente deben establecer instrumentos de evaluación centrados en la evaluación de la capacidad reflexiva de los alumnos y valorar por tanto el grado de aprendizaje obtenido con la reflexión a partir de la práctica.

Uno de los modelos que explican la compleja relación entre alumno y docente en el aprendizaje experiencial, es el Modelo de Diamante, elaborado por Itin. (Itin, 1999, p 142). Este modelo, tal como muestra la figura 6, se crea a través de la acción-reflexión, ilustrando la relación transaccional entre alumno y profesor, estableciendo un ciclo doble; a la izquierda el proceso del alumno acerca del aprendizaje experiencial y a la derecha el proceso de enseñanza experiencial del profesor.

Este modelo se diferencia del resto de modelos que atienden el Aprendizaje Experiencial, al incluir aspectos como el Entorno de Aprendizaje (Learning Environment) y la materia o temática (Subject Matter) y la relación que se establece entre el alumno y el profesor con ambos.

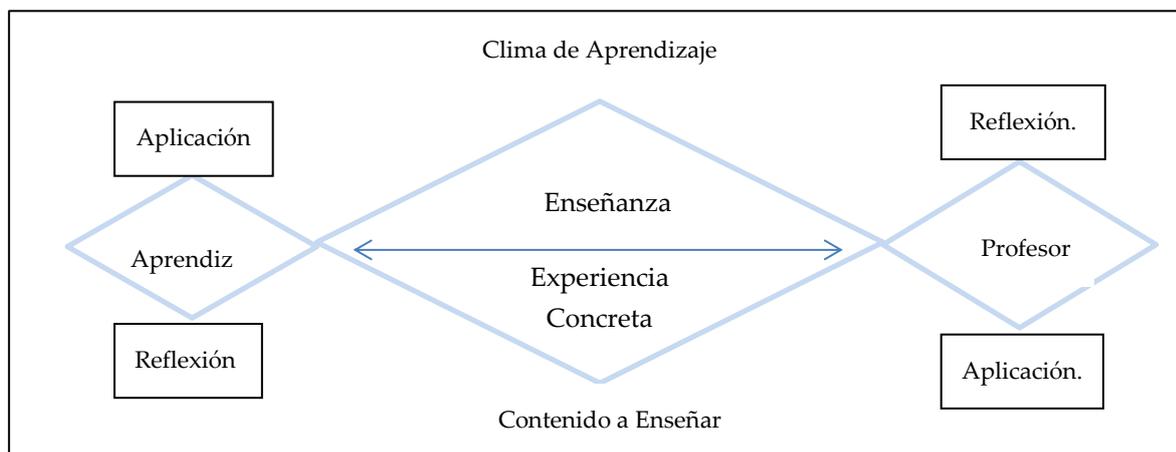


Figura 6. Modelo Diamante Itin. Adaptado de Itin 1999.

Este modelo, más que explicar la forma en la que los conceptos son aprendidos a través de la experiencia por parte del alumno, pone su énfasis en el papel que el profesor-docente-educador, o como quiera denominarse, tiene al

estar implicados en estas dinámicas. Y es que a pesar de que el aprendizaje experiencial sea una responsabilidad propia del alumno, el docente posee una larga influencia en el éxito de este. El proceso de enseñanza, involucra por tanto una serie de elementos como son el planificar las experiencias, propiciar y fomentar un entorno de aprendizaje adecuado y estimular la reflexión del alumno.

En lo que respecta a la planificación de las experiencias, Itin (1999), señala que antes del diseño de las experiencias de aprendizaje, el docente debe conocer las metas y los objetivos esperados, puesto que éstos pueden ayudar a guiar la selección de actividades y experiencias que los alumnos deberán realizar. Puesto que los objetivos deben tener en cuenta los intereses de los estudiantes, en post de que éstos sean significativos para su proceso de aprendizaje, garantizando así una experiencia atractiva y centrada en sus motivaciones, una comunicación previa entre alumnos y profesor es recomendable, con el fin de aunar posturas y conocer impresiones y expectativas. Esta estrategia previa es reconocida por el mismo autor, al afirmar

“the teacher must assess the learning needs of the students, select appropriate teaching strategies to meet the students’ needs, and be willing to use multiple teaching strategies to make it an educational experience”⁴² (Itin, 1999, p. 145).

Esta evaluación de necesidades, puede ser llevada a cabo de manera formal o informal, pero denota no solamente interés por los objetivos de aprendizaje, sino el alumno percibe el interés del docente por proceso de aprendizaje, contribuyendo así a establecer lazos mutuos.

Los estudiantes normalmente necesitan oportunidades para desarrollar las habilidades necesarias para ser independientes. Involucrar a los estudiantes en el proceso de planificación puede resultar un problema a la hora de planificar las experiencias. Convencer a los estudiantes que en realidad son responsables de su

⁴² *“el profesor debe evaluar las necesidades de aprendizaje de los estudiantes , seleccionar estrategias de enseñanza adecuadas para satisfacer las necesidades de los alumnos , y estar dispuesto a utilizar varias estrategias de enseñanza para que sea una experiencia educativa”*

proceso de aprendizaje, que deben definir qué objetivos serán los más importante para ellos, e incluso a participar en cómo se evaluará su aprendizaje no son pequeñas tareas.

Quizás uno de los retos a los que se enfrente un docente a la hora de planificar experiencias bajo la óptica del aprendizaje experiencial con sus alumnos sea precisamente éste, la falta de participación de éstos por el rol tradicionalmente jugado de “pasivo” en el proceso de enseñanza.

Otro de los factores limitantes a la hora de aprovechar el valor educativo que la experiencia presenta, es que la mera experiencia no basta para garantizar la construcción del conocimiento. A este respecto comentábamos anteriormente que la reflexión es el motor de la experiencia, siendo este un factor limitante, del aprovechamiento de la misma. Pero de igual importancia es el lugar donde se realiza la acción.

El aprendizaje experiencial como su propio nombre indica, debe partir de experiencias ricas en estímulos, que provean al sujeto de la necesidad de buscar sentido o explicación a lo percibido. Así pues, el entorno debe despertar el interés del alumno, satisfaciendo de esta manera su curiosidad por aprender e involucrándolo en su propio proceso de aprendizaje. Se construye de este modo un aprendizaje significativo y contextualizado, fruto de la experiencia que percibimos.

La elección del lugar, vendrá determinada por los objetivos formativos que queramos conseguir. Como vimos en el capítulo anterior, el entorno hospitalario y/o sanitario en general se caracteriza por su variabilidad y la incapacidad de ofrecer experiencias predecibles, limitándose en gran medida las experiencias de aprendizaje por parte de los alumnos, a factores como el oportunismo y la seguridad del paciente. No obstante, si queremos garantizar el éxito de la experiencia, se ha de seleccionar de forma adecuada el entorno de aprendizaje a la consecución de los objetivos propuestos, de forma que estos asumiendo los factores de oportunismo y seguridad, puedan ser alcanzables por parte de los alumnos en formación.

212. ANDRÉS ROJO ROJO.

5.6. CONDICIONES PARA EL APRENDIZAJE EXPERIENCIAL EFICAZ.

En virtud de las características señaladas, por los distintos teóricos acerca del Aprendizaje Experiencial-Reflexivo, podemos llegar a determinar una serie de condiciones para extraer los mayores beneficios de la formación práctica de los alumnos. En este sentido, y conjugando los distintos actores que toman partido en el proceso de formación práctica, podemos entender que estas condiciones pueden ser atribuidas al profesorado de la universidad, al tutor asistencial o al propio alumno.

Dado que como hemos visto, el germen del aprendizaje experiencial es la propia experiencia en primera persona, el Tutor debe propiciar y estimular la realización de las actividades propias de enfermería al alumno; por tanto su misión es asesorar, acompañar al alumno en dicho proceso.

Si partimos de los dos principios comunes a todos los teóricos del Aprendizaje Experiencial, en cada uno de ellos, encontramos responsabilidades para cada uno de los actores. De este modo:

- Acción directa del alumno en el contexto real.
 - El Tutor, debe propiciar la experiencia directa del alumno con las labores propias de la profesión. De otro modo el alumno no dispondrá de experiencias propias, en forma de sensaciones, sentimientos y percepciones de lo acontecido. Situaciones como la Observación del tutor por parte del alumno, frecuente como hemos visto, en los modelos de Aprendizaje en el Contexto Clínico, pese a poseer valor formativo, éste limita la capacidad reflexiva del alumno, puesto que no lo ha experimentado en primera persona. No obtiene por tanto un conocimiento personal directo; aprenderá de lo observado, pero no de lo experimentado.

En este mismo sentido, las experiencias deben ser aquellas que estimulen al alumno, o que supongan situaciones “problemáticas”, donde se ponga en duda el conocimiento que el alumno tiene de la “realidad” que lo rodea. Por tanto situaciones rutinarias deben ser en cierto modo evitadas, por carecer de esta capacidad de estímulo para la reflexión y el consecuente aprendizaje.

- El Profesor de Universidad, en tanto que planificador de las actividades prácticas, y responsable de la materia Practicum, debe asegurar que los contextos clínicos donde se va a realizar la formación práctica se adecúan a los objetivos formativos previstos para los alumnos. Esto implica un conocimiento de primera mano de los objetivos que pueden ser conseguidos en los distintos servicios donde los alumnos van a realizar sus estancias; lo que implica visitas a los centros y entrevistas con los tutores asistenciales, en tanto responsables directos de la docencia de los alumnos en prácticas.
- El Alumno en periodo de formación práctica, debe asumir ésta bajo planteamientos eminentemente activos, y no pasivos, de forma que su concepción del aprendizaje a lo largo de sus prácticas, sea la de “tengo que aprender” y no la de “me tienen que enseñar”. La asunción de la faceta activa y responsable de su propio proceso de aprendizaje es crucial para el adecuado devenir del Aprendizaje Experiencial: si el alumno no experimenta las vivencias planificadas, no aprenderá.
- Reflexión acerca de lo acontecido. El proceso reflexivo, pese a ser una capacidad innata en el ser humano, debe ser cultivada, puesto que con frecuencia ésta se encuentra atrofiada. (Domingo y Gómez, 2013). Esto implica distintos aspectos para los actores de la formación práctica:
 - Los Profesores de Universidad, deben proponer estrategias formativas para los alumnos en habilidades y competencias reflexivas. El establecer espacios adecuados donde realizar reflexiones individuales y grupales, como forma de generar reflexión a partir de la práctica. Igualmente deben establecer instrumentos de evaluación centrados en la evaluación de la capacidad reflexiva de los alumnos y valorar por tanto el grado de aprendizaje obtenido con la reflexión a partir de la práctica.
 - Los tutores, deben estimular en los alumnos en formación, en palabras de Schon, la reflexión en la acción, como una práctica generalizada en su rol docente. Es por tanto una actitud continua

214. ANDRÉS ROJO ROJO.

de “sembrar” la duda en el alumno, o de “cuestionarle” todo lo que observe y realice, de manera que la reflexión y la duda se convierta en el motor de la formación en el contexto práctico.

- Los Alumnos, deben asumir la reflexión como una estrategia necesaria y huir de planteamientos “absolutistas” o “imitadores”.

6. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

6.1. Consideraciones metodológicas del objeto de estudio.

6.2. Sujetos de estudio. Definición de población, muestra y método de muestreo.

6.2.1. Universo y población. Criterios de inclusión y exclusión.

6.2.2. Diseño muestral

6.2.2.1. Muestreo diseño cuantitativo

6.2.2.2. Muestreo diseño cualitativo.

6.3. Variables de estudio

6.4. Instrumentos de recogida de información

6.4.1. Instrumento cualitativo. Los grupos de discusión

6.4.1.1. Planificación de la Composición y Procedimiento del Grupo de Discusión.

6.4.1.2. Transcripción del discurso

6.4.2. Instrumento cuantitativo. Descripción del cuestionario

6.4.2.1. Proceso de elaboración del cuestionario

6.5. Estrategia de recogida de datos. Puesta en marcha del Proceso de Investigación.

6.5.1. Estrategia de Datos Cualitativos. Desarrollo e Implementación de los Grupos de Discusión.

6.5.2. Estrategia de Datos Cuantitativos. Desarrollo e Implementación del Cuestionario

6.5.2.1. Estrategia de acceso a la muestra

6.6. Estrategia de Análisis de Datos

6.6.1. Estrategia de Análisis de Datos Cualitativos.

6.6.2. Estrategia de Análisis de Datos Cuantitativos

CAPITULO 6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

6.1. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS DEL OBJETO DE ESTUDIO.

La naturaleza de nuestro objeto de estudio (impresiones, valoraciones, comportamiento, conducta y actitudes del profesional como tutor) condiciona la forma en que nos acercamos a su conocimiento. Buscamos obtener una visión lo más completa posible de un fenómeno que comparte atributos de realidad social y laboral, realidad educativa, componentes actitudinales y de creencias y valores de los partícipes, entre otros.

El acercamiento a estos fenómenos desde las disciplinas científicas (Psicología Social y Educación principalmente), se ha visto sometido a los devenires de los distintos paradigmas de investigación dominantes.

No es de nuestro interés particular retomar la discusión clásica entre las perspectivas cualitativa y cuantitativa para interpretar la realidad social. Sin embargo, sí es nuestro propósito explicitar que, desde nuestro punto de vista, ambas perspectivas son concebidas como complementarias para el estudio y la comprensión de una determinada realidad como es el comportamiento y las actitudes de los profesionales de enfermería como docentes clínicos.

Decantarse por una metodología cualitativa o cuantitativa no es solamente una cuestión técnica en la que deba dirimirse qué metodología es la más apropiada para abordar el problema de estudio. La selección de una estrategia de investigación es una cuestión en la que intervienen valores sociales y no solamente, conocimientos técnicos.

La investigación desarrollada en este proyecto combina distintas metodologías, lo que hace necesario el empleo de diferentes diseños tanto para la recogida como para el análisis de los datos.

Desde un punto de vista epistemológico, consideramos que el acceso al conocimiento es lo que mueve al investigador a la hora de estudiar un determinado fenómeno, independientemente de la forma en que se haga, independientemente del “paradigma” en el que se posicione el investigador. Y es que como señalan distintos autores, la visión paradigmática de la forma en que se

accede al conocimiento, focalizando ésta en una dicotomía cuantitativo vs cualitativo, Positivista vs Humanista, etc. parece superada.

Antes de continuar con nuestra argumentación parece necesario dedicar unas líneas a aclarar conceptos que a veces se dan por consensuados, pero que quedan matizados por quienes los utilizan. Un paradigma, tal y como lo definió Kuhn (1962; 2006), es un conjunto de suposiciones interrelacionadas respecto al mundo social que proporciona un marco filosófico para el estudio organizado de este mundo.

Para Cohen y Manion (1980), citados por Colas y Buendía (2012) un método es una variedad de enfoques utilizados en la investigación educativa para recoger datos que se utilizarán como base para la inferencia, interpretación, explicación y predicción. Por técnica, éstas autoras, entienden las formas y modalidades en las que se pueden concretar cada una de las etapas u operaciones de cualquiera de los métodos de investigación. Por nuestra parte, entenderemos por método el camino que se sigue para tratar de alcanzar los objetivos de una investigación y por técnicas las formas de recorrerlo.

Partiendo de esta idea, autores como Taylor y Bogdan (1997) se ha definido la indagación científica apoyada en la perspectiva cuantitativa como la forma en la que se busca dar razón “... de los hechos o causas de los fenómenos sociales con independencia de los estados subjetivos de los individuos” (p.15), esto es, se toma la realidad como un hecho dado, medible y cuantificable.

Dada esta característica, la investigación estaría destinada a establecer la manera como la realidad varía, para lo cual es necesario el empleo de la formalización y el lenguaje matemático (estadística).

Por otro lado, la investigación con un enfoque cualitativo ha sido definida desde el punto de vista fenomenológico, lo que quiere decir que en el proceso investigativo se pretende ante todo “...entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor (...) La realidad que importa es lo que las personas perciben como importante” (Taylor y Bogdan, 1997, p.16).

En el ámbito de la investigación de las Ciencias Sociales, en las que se incluyen las del Comportamiento Humano, el desarrollo de metodologías mixtas ha sido poco común, especialmente en nuestro país, donde se ha recurrido a la tradición científicista de recurrir a estrategias cualitativas o cuantitativas.

Tradicionalmente se ha considerado que el empleo de una metodología excluye a la otra, condicionando el acceso a la información, el objeto de estudio, etc. De este modo, como señala Cook y Reichardt (1995)

“Tratar como incompatibles a los tipos de métodos estimula obviamente a los investigadores a emplear sólo uno u otro cuando la combinación de los dos sería más adecuada para las necesidades de la investigación”. (p. 40)

Pedone (2000) plantea que la oposición absoluta, entre los métodos cuantitativos y cualitativos, es una falsa disputa. Esta autora aboga por la complementariedad, pero en mayores términos de igualdad (se refiere al tratamiento igualitario entre los enfoques cualitativos y cuantitativos, pues se queja de la forma subordinada con que se ha intentado integrar el cualitativo).

Vera (2005) señala a este respecto, que en la construcción del conocimiento es imposible no recurrir a ambas aproximaciones cuando se trata de dar cabal razón del modo cómo se comporta la realidad. Para este autor, estas diferencias son más bien el producto de posturas de tipo ideológico y deformación que un asunto de conocimiento del mundo por mecanismos realmente distintos.

Estos planteamientos “integradores” son compartidos por gran cantidad de metodólogos, viendo incluso la conveniencia de su combinación. Así por ejemplo, Berrantes (2002), Beltrán y otros (1997) Cook y Reichardt (1995) consideran que la combinación de ambos enfoques sería la más adecuada para las necesidades de la investigación. Beltrán y otros (1997) plantean que la elección de los métodos no debe estar determinada por la adhesión a un determinado paradigma, afirmando que

“Un investigador puede elegir intencionalmente una mezcla de atributos de ambos paradigmas para atender mejor a las exigencias de la investigación de que se trate.” (p.65)

E igualmente afirman, que el error más común entre los científicos es creer que se posee la verdad absoluta y que los métodos y técnicas utilizados por cada uno, son los que realmente tienen validez, aunque ningún método tenga patente de exclusividad en la investigación científica. Para finalizar nuestra argumentación, queremos citar una de las razones que Cook y Reichardt (1995) dan al uso de la complementariedad de métodos:

222. ANDRÉS ROJO ROJO.

“Como ningún método está libre de prejuicios, sólo cabe llegar a la verdad subyacente mediante el empleo de múltiples técnicas con las que el investigador efectuará las correspondientes triangulaciones. El uso conjunto de dichos métodos tiene, como fin principal, comprobar el proceso, describir el contexto y la población de estudio. Una segunda finalidad es la explicación causal, el descubrimiento o confirmación del proceso a través del cual el tratamiento alcanzó el efecto logrado. (p. 138.)

Esta combinación de metodologías a la hora de afrontar la investigación, especialmente en el terreno de las Ciencias Sociales, ha hecho que se adopte el término genérico de “Metodología Mixta, Método Mixto o Modelo Mixto”. Esta metodología se basa en las ideas planteadas anteriormente y tiene el Principio de Triangulación como el núcleo central de esta filosofía. Distintos autores, como Cameron (2009), Teddlie y Tashakkori (2003 y 2009), denominan a esta metodología mixta, como “el tercer movimiento metodológico”.

Hernández, Fernández y Baptista (2007) señalan que los diseños mixtos:

“... representan el más alto grado de integración o combinación entre los enfoques cualitativo y cuantitativo. Ambos se entremezclan o combinan en todo el proceso de investigación, o, al menos, en la mayoría de sus etapas (...) agrega complejidad al diseño de estudio; pero contempla todas las ventajas de cada uno de los enfoques.” (p. 21)

Considerando que las dos nociones fundamentales para la concepción mixta de la investigación, son la Triangulación Metodológica y la utilización de varios métodos en un mismo estudio para incrementar la validez del análisis y las inferencias.

Distintos autores como Tashakkori y Teddlie (2009), Johnson y Onwuegbuzie (2004), Mertens (2007), Rocco y cols (2003), citados por Pereira Pérez (2011) entre otros, señalan que los diseños mixtos permiten, a los investigadores, combinar paradigmas, para optar por mejores oportunidades de acercarse a importantes problemáticas de investigación. En ese sentido, señalan que la investigación mixta se fortaleció, al poder incorporar datos como imágenes, narraciones o verbalizaciones de los actores, que de una u otra manera, ofrecían mayor sentido a los datos numéricos. Igualmente afirman que los diseños mixtos permiten la obtención de una mejor evidencia y comprensión de los fenómenos y, por ello, facilitan el fortalecimiento de los conocimientos teóricos y prácticos.

Por otra parte, como nos recuerda Pereira Pérez (2011), Johnson y Onwuegbuzie (2004) plantearon que las investigaciones con un diseño mixto podían ser de dos tipos:

- **Con modelo mixto:** en el cual se combinan en una misma etapa o fase de investigación, tanto métodos cuantitativos, como cualitativos.
- **Con método mixto:** en cuyo caso, los métodos cuantitativos se utilizan en una etapa o fase de la investigación y los cualitativos en otra.

También propusieron una organización de los diseños mixtos en función del paradigma que enfatizaban y del orden o secuencia en el que se aplicaban, en esa línea, plantearon lo siguiente:

Igualdad en el estatus: se da simultaneidad en la aplicación de los métodos y ninguno de ellos se prioriza sobre el otro, solo varía el orden en cuanto a concurrencia o secuencialidad. En el sentido expuesto, dichos diseños pueden expresarse de la siguiente manera:

Concurrente: CUAL + CUAN

Secuencial: CUAL → CUAN ó CUAN → CUAL

Estatus dominante: en esta categoría se ubican los diseños en concordancia con los objetivos de la investigación e interés del investigador y, según la priorización de los enfoques, ya sea el cuantitativo o el cualitativo, la aplicación puede ser tanto secuencial como concurrente.

Concurrente: CUAL → cuan ó CUAN → cual

Secuencial: CUAL → cuan ó Cual → CUAN ó CUAN → cual ó Cuan → CUAL⁴³

Así pues, consideramos más natural que los investigadores, con cierta independencia del paradigma que asuman, compartan las técnicas y no tanto los métodos de investigación educativa.

Con todo lo dicho, la investigación realizada, respondió a los siguientes criterios:

⁴³ La simbología utilizada, ha de interpretarse de la siguiente manera: Mayúscula: señala el método o enfoque que tiene priorización en el diseño. **Cual:** se refiere al enfoque o métodos cualitativos. **Cuan:** se refiere al enfoque o métodos cuantitativos. → : Indica que el método secundario se utilizó posterior a la recolección de los datos primarios.

224. ANDRÉS ROJO ROJO.

- Diseño de método mixto, con Igualdad de Estatus y de orden secuencial CUAL→ CUAN (Johnson y Onwuegbuzie, 2004).
- En cuanto al tipo de estrategia seguida, la investigación respondió a una estrategia secuencial exploratoria, con una secuencia CUALITATIVA - CUANTITATIVA, con integración de datos en la interpretación y cuyo énfasis fue explicar e interpretar relaciones (Creswell, 2003).

Como podemos apreciar, el surgimiento de los Métodos Mixtos de investigación surgen al amparo epistemológico de la ciencia, y a la implementación del principio de “Triangulación Metodológica”.

Tradicionalmente la idea de triangulación fue usada como un principio sobre el cual minimizar los posibles errores o alteraciones sobre los datos obtenidos en una investigación, especialmente en las de corte cualitativo. De hecho, los científicos sociales consideran que la utilización de un único método o enfoque de investigación puede dar lugar a sesgos metodológicos, sesgos en los datos o en los investigadores (Oppermann, 2000).

Como si de un navegante se tratara, la Triangulación intenta obtener información desde distintos puntos, para establecer una posición con el mínimo error posible. Así pues, como señala Arias Valencia (2000) se ha ido complementando a lo largo del tiempo, distintas estrategias de triangulación:

- Triangulación de datos, con tres subtipos, tiempo, espacio y persona
- Triangulación de investigador, que consiste en el uso de múltiples observadores, más que observadores singulares de un mismo objeto.
- Triangulación teórica, que consiste en el uso de múltiples perspectivas más que de perspectivas singulares en relación con el mismo set de objetos.
- Triangulación metodológica, que puede implicar triangulación dentro del mismo método, o triangulación entre métodos.

Y es que el proceso de investigación seguido en la metodología mixta, exige un trabajo doble, puesto que se compartirán ciertos objetivos de investigación; otros serán abordados desde el diseño cualitativo y otros desde el cuantitativo; se deben disponer de dos muestras que se adecuen al tipo de diseño planteado.

Así pues por ejemplo, en el diseño cuantitativo, la muestra se basa en los principios de representatividad y aleatoriedad, con lo que se suelen tener muestras amplias cuyos sujetos no son controladas a priori por el investigador. En cambio, en el diseño cualitativo la muestra se tiene en cuenta aspectos en relación a como ésta puede representar bien el fenómeno de interés, seleccionando por tanto, elementos que nos puedan proporcionar información valiosa aunque éstos no sean representativos del total de la población.

Por ello, como señala Arias Valencia, (2000) la muestra cualitativa es claramente inapropiada para los fines cuantitativos. Así pues, partiendo de la misma población, la selección de muestra para los componentes cualitativo y cuantitativo debe ser independiente.

Del mismo modo que la muestra, los resultados son analizados de forma independiente. Es en la discusión de los resultados obtenidos por ambos métodos, y en la elaboración de conclusiones donde cada componente deberá encajar como pieza de un rompecabezas. En este sentido, si las conclusiones de ambos diseños apuntan en la misma dirección, éstas son reforzadas, proporcionando una información sólida. En cambio, si las conclusiones son distintas, contradictorias o apuntan líneas de pensamiento divergentes, pueden indicarnos un diseño inadecuado o incompleto.

Paul (1996) ha apuntado en este sentido que la divergencia de los resultados derivados de la utilización de múltiples métodos ofrece oportunidades únicas para entender la realidad organizativa. El investigador tendrá que situarse en un nivel de análisis más profundo pudiendo descubrir dinámicas no percibidas hasta entonces. De este modo, podrá proponer interpretaciones más complejas del fenómeno organizativo.

6.2 SUJETOS DE ESTUDIO. DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN, MUESTRA Y MÉTODO DE MUESTREO.

6.2.1. Universo y Población. Criterios de Inclusión/ Exclusión.

Como veíamos anteriormente hemos de realizar dos diseños muestrales distintos, para complementar los dos tipos de metodologías de nuestro estudio.

226. ANDRÉS ROJO ROJO.

Ahora bien, el Universo, del cual se desprende nuestra población a estudio, son los profesionales de enfermería que realizan una labor profesional en los centros hospitalarios. Entendemos por universo, *“todos los elementos que son susceptibles de ser estudiados”* (Hernández y cols, 2006)

Entendemos Población, como aquellos elementos que cumplen con una serie de criterios que son determinados por el investigador. (Hernández y cols, 2006). La labor tutorial, como hemos visto en apartados anteriores, es llevada a cabo por profesionales de enfermería, durante el cumplimiento de sus atribuciones y deberes asistenciales. Ahora bien, dada la cantidad y densidad de esta población, se hace necesario concretar una serie de criterios de Inclusión y consecuentemente de Criterios de Exclusión, para nuestro estudio.

Criterios de Inclusión.

- Profesionales de enfermería que realicen labores asistenciales en Centros Hospitalarios.
- Profesionales de enfermería que realicen labores asistenciales en centros sanitarios hospitalarios, en los servicios de hospitalización, cirugía y/o medicina interna.
- Profesionales de enfermería, que realicen labores asistenciales, en los centros y unidades mencionados, consten o no en las bases de datos de los servicios de docencia de los centros sanitarios, como *“tutores oficiales”*.

Criterios de Exclusión:

- Aquellos profesionales que no realizan su labor dentro de un centro hospitalario; es decir aquellos que realizan su labor en Centros de Atención Primaria, Servicios de Urgencias y Emergencias, Centros Geriátricos, Centros de Salud Mental, entre otros
- Aquellos profesionales de enfermería que aun trabajando dentro de un centro hospitalario, desarrollan su labor en unidades especializadas tales como Unidades de Cuidados Intensivos, Unidades de Puerta de Urgencias, Unidades de Quirófano-Anestesia, Unidades de Quemados, Unidades y centros de Diálisis,

Unidades de Radiodiagnóstico y Radioterapia, Unidades de Laboratorio, Consultas Externas, entre otras.

- Aquellos profesionales que realizan labores de gestión de personal, tales como Supervisores y personal de las Unidades Docentes.

Nuestra Población, por tanto son *los profesionales de enfermería que ejercen su labor asistencial en las unidades de hospitalización, cirugía y medicina interna, de los centros hospitalarios, de titularidad pública*, dependientes por tanto de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, y más concretamente del Servicio Murciano de Salud, como organismo competente en materia de gestión de la asistencia sanitaria pública en dicha Comunidad Autónoma.

El cálculo de esta población en términos numéricos, no consta en documentos oficiales, por lo que para su determinación se han realizado entrevistas con los Coordinadores de Docencia de los distintos centros asistenciales, así como con los Supervisores de Enfermería de los servicios objeto de estudio.

Atendiendo a estos criterios de población, nos deja un total aproximado de unos 1000 profesionales, distribuidos en 9 centros hospitalarios, a saber:

- Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
- Hospital General Universitario Morales Meseguer
- Hospital General Universitario Reina Sofía
- Hospital Universitario Rafael Mendez.
- Hospital Universitario Virgen del Castillo
- Hospital Comarcal del Noreste
- Hospital de la Vega Lorenzo Guirao
- Hospital General Universitario Santa Lucía.
- Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor

6.2.2. Diseño Muestral.

Una vez establecida nuestra población, se ha de determinar cómo se va a estudiar la misma desde los dos enfoques propuestos. Atendiendo a dichas

metodologías, la selección muestral es uno de los aspectos cruciales de la diferencia epistemológica entre los diseños cualitativos y los diseños cuantitativos, pues es el diseño de la muestra, lo que condiciona aspectos claves para la metodología cuantitativa, como es la “representatividad” y la capacidad de extrapolar resultados a toda la población.

Dado que optamos por una metodología mixta de investigación, proponemos dos tipos de muestras, y extraídas a través de dos tipos de muestreos acordes a cada metodología:

6.2.2.1 Muestreo Diseño Cuantitativo.

Para la metodología cuantitativa, el diseño de la muestra y su proceso de selección es crucial a la hora de poder caracterizar la validez del estudio. Es decir, en los diseños de corte cuantitativo, la muestra debe ser representativa de la población de la cual se extrae, pues los resultados del estudio de ésta, serán extrapolados a todos los individuos de la población, aunque éstos no hayan sido estudiados. Por ello se pone un énfasis importante, en que todos los individuos de la población tengan las mismas posibilidades de ser estudiados, y/o que todas las características de la población puedan estar representadas en la muestra a estudio. Para ello la metodología establece distintos métodos de muestreo, que no vamos a desglosar.

Atendiendo a las características de nuestra población, consideramos como el método más idóneo de los distintos tipos de muestreo, el denominado como “aleatorio, estratificado proporcional”:

- Aleatorio. Una vez determinado, el tamaño de la muestra a cada centro y unidad de forma aleatoria se seleccionará al personal que formará parte del estudio. Para ello, se parte de una matriz de personal facilitado por la Dirección de Enfermería del Centro y validada por la Supervisión de la Unidad.
- Estratificado, Como nos recuerda Hernandez y cols (2006), la estratificación aumenta la precisión de la muestra e implica un uso deliberado de sub-muestras para cada estrato o categoría que sea relevante en la población.

Por tanto, puesto que la población se va a distribuir en los distintos centros en los que se encuentra repartido la población, consideramos a cada centro sanitario, como un “estrato”, con interés científico, puesto que cada centro constituye en sí mismo una propia unidad social, compuesta por individuos y regida por “normas” y “culturas profesionales” distintas capaces de afectar en el resultado de nuestro estudio.

- Proporcional, en el sentido, de que de cada centro serán tomados de forma proporcional al peso específico que respecto del total tiene en la muestra. Así pues se asegura que los centros se seleccionan individuos para el estudio en función de la proporcionalidad del mismo.

Del mismo modo se procederá a la distribución de los elementos muestrales en los distintos servicios del hospital.

a) Cálculo del tamaño muestral.

El cálculo del tamaño de la muestra a tomar del total de la población depende de diversos factores, como por ejemplo el propio tamaño de la población, el error máximo admisible, el nivel de confianza, la variabilidad de la población en el aspecto que se desea medir, y el tipo de variable (métrica o proporción) que se considere objeto de estudio.

Como señalan distintos autores, estos factores, son tomados de forma subjetiva por el investigador para adaptar la investigación a criterios de eficiencia, coste y posibilidades técnicas.

En función a éstos, se establece el tamaño de la muestra para investigaciones cuya variable principal es de tipo cualitativo, que se analiza mediante “proporción del fenómeno” en la población de referencial, la muestra se calcula, para población finita, a través de la siguiente fórmula (Aguilar Barojas, 2005):

$$n = (NZ^2 \times pq) / d^2 (N-1) + Z^2 \times pq$$

Por ello se toma en cuenta los siguientes factores:

- Tamaño población (N): 1000⁴⁴ profesionales enfermería
- Nivel de confianza (Z): para Ciencias Sociales y de la Educación se establece como admisible un nivel de confianza del 95%. A partir del valor de confianza se establece un valor de Z según tablas. Así pues, para un índice de confianza del 95%, $Z=1.96$ desviaciones típicas.
- Error máximo admisible (d): consideramos al igual que la bibliografía consultada, un error admisible entre el 3% y el 5%.
- Variabilidad de respuesta (pq): pese a que encontramos distintos elementos de respuesta en el diseño de nuestro instrumento, (dicotómicas, Likert, etc), tomamos como la mayor varianza en la respuesta, las variables dicotómicas, puesto que en ella la varianza máxima es del 50%: es decir, la posibilidad de que una persona de la población tenga esa característica estudiada (p) es del 50% (0.5), y la posibilidad de que no la tenga también es del 50% (0.5). por tanto $pq = 0.5 * 0.5 = 0.25$.
- Tipo de variable: en el estudio, se encuentran variables de corte cuantitativo y cualitativo, a partir de las cuales se podrán extraer medias (las primeras) y proporciones o razones (de las segundas). El cálculo de la muestra varía de unas a otras. (se usan distintas fórmulas matemáticas para el cálculo de ambas), proporcionando la muestra más amplia y por tanto la más representativa, el cálculo de muestra para establecer proporciones de las variables. (las variables de las que obtengamos medias, estarán sobradamente representadas).

⁴⁴Atendiendo a los datos proporcionados por las Direcciones de Enfermería de los distintos centros sanitarios.

Una vez visto lo anterior, las variables con las que contamos en nuestro estudio, son

- Población (N): 1000 sujetos
- Nivel de Confianza (Z): 95%
- Grado de Error: 5%
- Variabilidad de la respuesta: 50%

Así con todo lo dicho, y atendiendo al cálculo a través de la fórmula antes comentada, el tamaño de nuestra muestra es de **278 individuos**. Es decir que precisamos obtener una respuesta al menos 280 individuos de los 1000 que consideramos que supone el conjunto total de nuestra población.

6.2.2.2. Muestreo Diseño Cualitativo

La muestra en el proceso cualitativo es un grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etc., sobre el cual se habrán de recolectar los datos, sin que necesariamente sea representativo del universo o población que se estudia (Hernández y cols 2006, p.562).

La técnica de muestreo para este diseño será una *muestra no probabilística*, en base a criterios de voluntariedad. Igualmente tendremos en cuenta criterios de selección de los participantes en los grupos de discusión dados por autores expertos en esa técnica de estudio, como:

- a) Sujetos que compartan característica común a estudiar, en nuestro caso, que sean o hayan sido tutores de alumnos de enfermería pregrado, durante al menos 2 años, en los últimos 5 años.
- b) Sujetos que se desconozcan entre si y el moderador, pues la preexistencia de relaciones entre sujetos puede interferir el funcionamiento del grupo. Krueger (1991), señala que

"Las personas que interactúan de forma regular, tanto social como laboralmente, presentan dificultades especiales para las discusiones grupales porque pueden estar respondiendo en función de experiencias, hechos o discusiones anteriores."(p. 34).

232. ANDRÉS ROJO ROJO.

Así pues, tenemos que nuestra muestra no probabilística según criterio, serán tutores con al menos 2 años de experiencia, que no se conozcan entre sí, ni al investigador, que se presten voluntarios para este tipo de estudio.

El tamaño de esta muestra, depende de factores como el nº de grupos a realizar, y del número de integrantes mínimo por grupo que nos aseguren una riqueza de datos lo suficientemente amplia.

A este respecto, autores como Gil Flores (1992), puntualizan que se han de realizar tantos grupos como características queramos estudiar. Igualmente señalan que la planificación del número de grupos puede ser poco precisa, ya que se harán tantos grupos como el investigador considere, hasta que se llegue a una "saturación" de la información.

6.3 VARIABLES DE ESTUDIO.

Determinar las variables de estudio, en la investigación cuantitativa, es una de las primeras etapas, previas a la realización de un instrumento (en nuestro caso un cuestionario). Por el contrario, para la investigación cualitativa, la determinación de las variables o dimensiones, se hace a posteriori; en nuestro caso, tras la elaboración de los grupos de discusión, se obtendrán las principales categorías de análisis, nos darán pie a la determinación de las variables a estudiar.

Para la determinación de las variables de estudio, partimos de estudios precedentes, realizados en relación a la materia. Como en todo proceso de investigación en fases iniciales, para determinar nuestras variables, partimos de la búsqueda de información respecto a la tutorización de alumnos de enfermería en todo tipo de fuentes y bases de datos. Como hemos reflejados en capítulos anteriores, las fuentes para la extracción de variables, han sido estudios cuyo foco de investigación se centra en la visión del alumno de enfermería en prácticas, de su proceso, y de la impresión para con el tutor, tanto en contextos nacionales como contextos internacionales. Otras disciplinas como las ciencias de la educación presentan estudios similares, cuyo foco de atención se centra en los alumnos como uno de los actores que conviven directamente con la labor del tutor.

Con todos estos estudios, se pueden extraer una serie de aspectos y características que nos definen al “buen tutor” y sus comportamientos deseables como tal. Por ese motivo, se listaron un total de 40 variables a estudiar para desarrollar los objetivos de nuestro estudio.

La definición de las distintas variables, la realizamos a continuación.

1. **Género:** Consideramos por género, la identificación que por razón de sexo, condición social y cultural, tiene para consigo mismo el tutor. Variable de tipo cualitativo-categorico. Se clasificarán los sujetos en “masculino” y “femenino”.
2. **Formación Profesional Inicial:** Entendemos por Formación Profesional Inicial, la determinación del itinerario formativo que el profesional siguió en su inicio como tal. Se atiende por tanto al tipo de titulación que cursó el profesional, dado el desarrollo sociológico, científico y formativo de la profesión. Variable de tipo cualitativo-categorico. Como distintas categorías tenemos aquellos que hayan estudiado Ayudante Técnico Sanitario, aquellos que hayan estudiado Diplomado Universitario en Enfermería y los que hayan estudiado Graduado Universitario en Enfermería.
3. **Vinculación Laboral.** Se trata de una variable de tipo categorico. Entendemos por Vinculación Laboral, a la condición contractual en la que se encuentra el profesional de enfermería en la actualidad, pudiendo ser ésta, Plaza Fija (aquellos que tienen plaza en propiedad por Concurso-Oposición Pública) Interinidad (aquellos que tienen contrato temporal indefinido, ocupando un puesto provisional, en espera de ser ocupado mediante Concurso-Oposición), Contratado Temporal (aquellos contratados para sustituir incidencias como bajas laborales, vacaciones, permisos reglamentarios, etc. de profesionales que disponen de plaza en propiedad interinidad u otra situación contractual específica.).
4. **Años Experiencia.** Variable de tipo cuantitativo continuo. Entendemos por Años de Experiencia Clínica, la calificación numeral de los años que se poseen de experiencia asistencial en

contextos clínicos de cualquier índole. Se excluyen por tanto los periodos de inactividad o de otra actividad no asistencial.

5. **Años en el Servicio Actual.** Variable cuantitativo de tipo continuo. Entendemos por Años en el Servicio Actual, el periodo de tiempo numerario que se encuentran realizando su labor asistencial en el servicio en que se encuentran actualmente.
6. **Experiencia como Tutor de Prácticas.** Variable de tipo cualitativo. Entendemos así la categorización como Tutor, diferenciando así aquellos que han iniciado recientemente su andadura como tutor (es el primer año/curso), aquellos que tienen experiencia dilatada y continúan siendo tutores, aquellos que habiendo sido tutores en algún momento, en la actualidad no lo son y aquellos que nunca lo han sido.
7. **Años como Tutor:** Variable de tipo cuantitativa continua. Esta variable afecta a los que son tutores actualmente y lo han sido con anterioridad, de forma que categorizan de forma numeraria el tiempo que llevan realizándolo.
8. **Procedencia de los Alumnos:** Variable de tipo cualitativa. Esta variable atiende al centro de procedencia de los alumnos al que se tutoriza, pudiendo darse tres situaciones: que solamente se tutorice alumnos de la Universidad de Murcia; que solamente se tutorice alumnos de la Universidad Católica San Antonio de Murcia, o que se tutorice de forma indistinta.
9. **Consentimiento Expreso para Ser Tutor:** Variable de tipo cualitativa. Se atiende a la confirmación expresa del tutor a algún responsable institucional del deseo o la intención expresa verbal o escrita, de ser tutor de alumnos pregrado de enfermería. En esta situación nos podemos encontrar dos situaciones: Sí haber dado el consentimiento expreso o No haberlo hecho.
10. **Responsable propuesta Tutor:** Variable de tipo cualitativo. Esta variable se refiere a la persona o cargo institucional que animó o propuso al profesional de enfermería ser tutor de alumnos en prácticas. Éstas figuras, podrían ser el Coordinador de Enfermería

del Centro Hospitalario; el Director de Enfermería del Centro Hospitalario; el Supervisor de la Unidad Asistencial.

11. **Desviación de la Voluntad de Tutorizar.** Variable cualitativa. Esta variable atiende a situaciones en las que los profesionales realizan labores tutoriales, sin haber sido previamente preguntados expresamente sobre ello. Dentro de esta variable, se dan dos aspectos a tratar, el haberlo vivido esta situación en primera persona (haber llevado alumnos sin voluntad de hacerlo) y haber sido testigo directo de compañeros que han llevado alumnos sin voluntad de hacerlo. Para expresar el grado de frecuencia en ambos casos, se categoriza entorno a 4 opciones temporales: muchas veces, algunas veces, en ocasiones o nunca.
12. **Grado de Satisfacción como Tutor.** Variable cualitativa. Esta variable, atiende a cómo se sienten de satisfechos los profesionales de enfermería al realizar su labor como tutor de enfermería. Podemos encontrar dos aspectos a tener en cuenta: sentimiento general de Satisfacción Global con la actividad en sí.
13. **Grado de Información Ofrecida por el Tutor de Facultad.** Variable cualitativa. Esta variable se refiere a la consideración que el Tutor tiene acerca de la información que el Tutor de la Facultad le proporciona respecto a las prácticas de los alumnos.
14. **Contacto previo inicio prácticas con el Tutor de la Facultad.** Variable cualitativa. Lo definimos como el contacto del Tutor de la Facultad con el Tutor asistencial, previo a la incorporación de los alumnos a los servicios asistenciales.
15. **Visita o seguimiento del Tutor de la Facultad.** Variable cualitativa. Lo definimos como la presencia del Tutor de la Facultad en el centro asistencial con la intención de mantener contacto directo con el tutor asistencial.
16. **Relación con el Coordinador Docencia.** Variable cualitativa. Es la relación existente entre el Coordinador de Docencia del Centro Sanitario y el Tutor asistencial.

17. **Relación feedback con el Alumno.** Variable cualitativa. Entendemos esta variable, como la relación de comunicación efectiva entre tutor asistencial y alumno, en relación los aspectos propios del proceso de aprendizaje.
18. **Grado de Empatía con el Alumno.** Variable cualitativa. Entendemos por tal, el grado de identificación que el tutor asistencial siente hacia el alumno.
19. **Método de Formación del alumno en Prácticas.** Variable cualitativa. Identificamos por tal al establecimiento de pautas, procedimientos o formas de proceder, establecidas por el tutor asistencial para formar al alumno.
20. **Proceso organizativo de las prácticas.** Variable cualitativa. Se refiere a las impresiones que los tutores asistenciales tienen de los aspectos derivados de la estancia de los alumnos en los centros sanitarios, tales como horarios.
21. **Diseño y organización prácticas.** Variable cualitativa. Se refiere a la planificación de las estancias prácticas en lo relativo a los periodos de estancias en los centros sanitarios, así como la turnicidad y los horarios de estancia en los alumnos.
22. **Valoración de su Entorno Clínico como entorno formativo.** Variable cualitativa. Atiende a la consideración por parte del tutor, de su unidad de trabajo como lugar adecuado para formar alumnos.
23. **Prácticas clínicas como elemento formativo en el currículo.** Variable cualitativa. Se refiere a la consideración que el tutor tiene hacia la formación práctica como elemento formativo.
24. **Grado de preparación de los alumnos.** Variable cualitativa. Atiende a la percepción del tutor hacia la preparación teórica, técnica, etc. con la que llegan los alumnos a los centros asistenciales.
25. **Afectación Docencia-Asistencia.** Variable cualitativa. Establece la relación existente entre el tiempo dedicado a la docencia y el tiempo dedicado a la labor asistencial por parte del tutor.

26. **Conocimiento de objetivos.** Variable cualitativa. Establece al grado de conocimiento que los tutores tienen hacia los objetivos que los alumnos tienen que cumplir durante su estancia en los centros sanitarios.
27. **Grado de planificación/improvisación.** Variable cualitativa. Se refiere al grado de improvisación que tiene el tutor al afrontar la formación práctica de los alumnos.
28. **Vigilancia y seguimiento alumno.** Variable cualitativa. Se refiere a la vigilancia como función asumida por el tutor para con el alumno.
29. **Grado de autonomía al alumno en prácticas.** Variable cualitativa. Nos referimos a la autonomía en las acciones, que el tutor brinda al alumno durante su formación práctica.
30. **Integración equipo trabajo.** Variable cualitativa. Hace referencia a la consideración que el tutor tiene de la incorporación de los alumnos a la dinámica del equipo de trabajo de la unidad.
31. **Motivación labor asistencial.** Variable cualitativa. Nos referimos con ella, al grado de motivación que el tutor tiene para realizar su labor asistencial en sus servicios.
32. **Motivaciones intrínsecas.** Variable cualitativa. Nos referimos con ellas, a las motivaciones vinculadas a emociones o sentimientos de los tutores, tales como aspectos éticos o morales.
33. **Motivaciones extrínsecas.** Variable cualitativa. Motivaciones relacionadas con las compensaciones no emocionales establecidas por realizar la labor tutorial.
34. **Desmotivaciones.** Variable cualitativa. Con ella, nos referimos a los aspectos que tienden a la perder el deseo de ser tutor, por parte de los tutores.

Objetivo	Variable
Conocer las características poblacionales de los tutores de enfermería de los centros hospitalarios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Genero 2. Formación profesional Inicial 3. Vinculación laboral

238. ANDRÉS ROJO ROJO.

<p>propios del Servicio Murciano de Salud</p>	<ol style="list-style-type: none"> 4. Años experiencia clínica/asistencial 5. Años en el servicio actual 6. Experiencia como tutor de prácticas clínicas 7. Años tutorizando alumnos 8. Tipo de alumnos 9. Consentimiento expreso para ser tutor 10. Quien propuso tutoría 11. Desviaciones de la voluntad de tutorizar 12. Grado de satisfacción como tutor
<p>Explorar las relaciones del tutor de enfermería con el resto de agentes responsables de la docencia clínica, en particular con los profesores de la universidad, responsables de éste área.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 13. Grado de información ofrecida por el Tutor de Facultad 14. Contacto previo prácticas Tutor de Facultad 15. Visita o seguimiento Tutor de Facultad 16. Relación con el Coordinador Docencia 17. Relación feedback con el Alumno 18. Grado de Empatía con el Alumno
<p>Determinar las impresiones y creencias acerca del proceso de formación práctica de los alumnos de enfermería.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 19. Experiencias previas como alumnos en prácticas 20. Método de Formación del alumno en Prácticas 21. Proceso organizativo de las prácticas 22. Diseño y organización prácticas 23. Valoración de su Entorno Clínico como entorno formativo 24. Prácticas clínicas como elemento formativo en el currículo 25. Grado de preparación de los alumnos 26. Afectación Docencia-Asistencia
<p>Conocer su comportamiento y prácticas docentes como tutor de enfermería</p>	<ol style="list-style-type: none"> 27. Conocimiento de objetivos 28. Grado de planificación/improvisación 29. Vigilancia y seguimiento alumno 30. Grado de autonomía al alumno en prácticas. 31. Feed back con el alumno 32. Empatía con el alumno 33. Integración equipo trabajo 34. Motivación labor asistencial

Explorar las motivaciones hacia la docencia clínica por parte de los tutores de enfermería.	35. Motivaciones intrínsecas 36. Motivaciones extrínsecas 37. Desmotivaciones
---	---

Tabla 9. Distribución de Objetivos y Variables a estudio.

Así pues, para determinar las variables de estudio, previa a la realización del cuestionario, se tuvieron en cuenta las conclusiones de los Grupos de Discusión, los constructos susceptibles de estudios derivados de la bibliografía comentada en el Marco Teórico y los estudios de investigación desarrollados con anterioridad relacionados con el tema. Es por ello que en la temporalización de la investigación, que posteriormente detallaremos, realizamos primeramente la fase Cualitativa de la investigación (los Grupos de Discusión), para tras su análisis inicial, comenzar la fase Cuantitativa (elaboración y desarrollo del Cuestionario).

6.4 INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

Tal como comentamos anteriormente al tratarse de un diseño mixto, donde combinamos elementos de metodología cuantitativa y cualitativa, se hace preciso en diseño de distintos instrumentos propios de cada una de ellas.

Así por ejemplo diseñaremos como instrumentos un cuestionario elaborado expresamente para este estudio por un lado, y por otro un trabajo con grupos de discusión.

6.4.1. Instrumento Cualitativo. Los Grupos de Discusión.

Tal como comentábamos anteriormente, las prácticas cualitativas constituyen otro de los métodos de análisis de la realidad social. Se basan en la interpretación de la subjetividad ajena y en la comprensión motivacional (creencias, valores, deseos...), a través de la interpretación y análisis de discursos. Ya que estos discursos se resisten a la cuantificación y formalización, su comprensión es posible gracias a la intersubjetividad de la lengua.

Esto hace que el grupo de discusión, siguiendo a Alfonso Ortí, (1986) no se considere una “técnica” sino una “práctica” cualitativa, dado su carácter

“artesanal” y subjetivo (el investigador aparece como “sujeto en proceso” Ibáñez 1989), su escasa normativización y nula precodificación. De ahí que el investigador ocupe el papel de intérprete de la semántica del discurso ideológico, es decir, pone en relación o articula “lo que el sujeto dice” (la orientación ideológica) con “lo que se hace” (prácticas sociales efectivas).

Los Grupos de Discusión (GD) son definidos como *“una conversación cuidadosamente diseñada para obtener información de un área definida de interés, en un ambiente permisivo, no directivo”* (Krueger, 1991, p.91). A pesar de la existencia de diferencias metodológicas entre Focus Group y el Grupo de Discusión, (uso de técnicas de animación, representativos de la población, etc), actualmente se mezclan criterios de ambos en la composición de los grupos a la hora de ser estudiado un fenómeno social. Actualmente, los GD son reconocidos como un componente ideal en la generación de cuestionarios a partir de las opiniones, evaluaciones o juicios emitidos por los participantes. (Pérez y Vizquez, 2010)

De igual modo, cada grupo dispone de autonomía a la hora de dirigir su discurso, de forma que el investigador planifica tiempos, organiza temas generales pero no es capaz de intervenir en el devenir de las conversaciones, que se establecen entre los miembros del grupo. A diferencia de otras estrategias de investigación cualitativa, el Grupo de Discusión no utiliza categorías prefijadas que puedan inducir posibles respuestas y ofrece a los participantes la posibilidad de expresarse en su propio lenguaje y manifestar sus emociones y sentimientos (Krueger, 1991).

Sin embargo, establecer una serie de preguntas que orienten al investigador, y al grupo, al tiempo que dinamicen la conversación a modo de guion, es una práctica sugerida por distintos autores. No obstante, éste es un punto “caliente” en lo que respecta a la distinta terminología metodológica, puesto que un “guion directivo” situaría al GD en el entorno del Focus Group o la Entrevista Grupal. Por ello, para mantener la idiosincrasia del GD, se puede establecer un guion abierto, que oriente al investigador en la “marea” del discurso del grupo. No obstante, el investigador-moderador se mantendrá por detrás de la conversación del grupo, intentando ampliar los aspectos de investigación mucho más allá del mero guion.

Así pues, a la hora de planificar los GD, y siguiendo las recomendaciones de Ibáñez (1994) y Krueger (1991), tuvimos en cuenta:

- Generar un ambiente de confianza, permisivo, donde los individuos se expresaran con libertad sobre el tema de partida.
- Las personas que participan tienen que considerarse a si mismas, iguales, en el sentido de no existir relaciones de poder que puedan coaccionar las respuestas de los participantes.
- El número de participantes ideal debe ser lo suficientemente amplio como para que haya diversidad de opiniones, oscilando entre seis y diez participantes.
- La selección de los participantes se realiza a criterio del investigador, considerando los factores de homogeneidad y heterogeneidad (aportaciones potenciales) de los participantes.
- Los temas de conversación o discursos son sugeridos e invitar a la opinión abierta de los participantes.
- La duración de las sesiones, es igualmente marcada por el grupo, y el moderador debe dar por finalizado el mismo, cuando considere agotado el discurso. En cualquier caso, estos autores recomiendan no sobrepasar los 90 minutos.

Al hilo de estas recomendaciones el papel del “investigador-moderador”, siguiendo a Ibáñez (1994), Martín (1997) y Llopis (2004) debe ser particularmente No-Directivo, de forma que ofrece el tema, modera en turnos de palabra, pero deja que sea el grupo el que se dirija a sí mismo. Autores como Gutiérrez del Álamo (2009) en este sentido señalan, la importancia que tiene este carácter abierto y no directivo a la hora de analizar el discurso producido por el grupo, especialmente en las fases iniciales e inmediatamente sucesivas, realizando un mínimo de intervenciones por parte del moderador para que el grupo pueda ir cuajando como tal su discurso.

Si atendemos al número de Grupos de Discusión que se han de realizar, autores como Llopis (2004) y Krueger (1991), consideran que es una técnica innecesaria cuando la información obtenida es irrelevante o repetitiva; es decir, se han de realizar grupos de discusión hasta que se obtenga una saturación de datos.

Otro aspecto a tener en cuenta es la capacidad de registro de la conversación para su posterior análisis. Los avances en registro y grabación en imagen y sonido, posibilitan que el discurso pueda ser analizado repetidas veces por el investigador. La grabación de audio es recomendada, así como la de video, pues ésta última nos proporciona información acerca del “lenguaje” corporal de los entrevistados, pudiendo ser éste analizado igualmente.

Esta condición de grabación de audio-video, obliga a que el investigador, solicite consentimiento a los participantes, al tiempo que advierte del tratamiento que se va a dar a esas grabaciones. La posibilidad de la grabación en video, da al investigador la solución al tradicional problema del análisis del discurso, exento de los matices del lenguaje no verbal, la expresividad corporal, etc. (Callejo, 2001) Algunos autores advierten del impacto que este tipo de dispositivos, (especialmente los dispositivos de grabación de imagen) puede tener sobre el desarrollo del grupo y el discurso (Gutiérrez Brito, 2008). No obstante reconocen que éste impacto es momentáneo y pasajero con el devenir de la conversación.

6.4.1.1 Planificación de la Composición y Procedimiento del Grupo de Discusión.

Con todo lo dicho, a la hora de planificar nuestros GD, tuvimos en cuenta los siguientes criterios:

- **Selección de los centros hospitalarios** donde tomar los voluntarios para los G.D. Para ello se toma como criterio de conveniencia el conocimiento de las estructuras organizativas del centro y disponer de “informantes clave” al respecto. Igualmente de forma intencional tomamos dos centros de distinto nivel asistencial; un Hospital de Nivel V-IV⁴⁵ y un Hospital de nivel II-I. El primero fue el Hospital

⁴⁵Recordemos al lector, que según el Algoritmo de Clasificación de Hospitales del Servicio Público de Salud, del Ministerio de Sanidad y Consumo, de 2011, se establece una serie de niveles hospitalarios en función a criterios como la complejidad de los pacientes, volumen de actividad y complejidad de técnicas, presencia de especialidades quirúrgicas o médicas (cirugía cardíaca, cirugía torácica, neurocirugía, trasplantes de órganos sólidos). De esta forma se establece para el Sistema Nacional de Salud, una clasificación gradada desde el Nivel VI (Hospitales con especialidades de referencia) hasta el Nivel I (Hospitales Generales Pequeños).

Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia (HUVA); el segundo fue el Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor (HLAMM).

- **Determinación del número mínimo de GD.** Se realizó como planificación inicial una estimación, de cuatro GD (dos en el UVA y otros dos en el HLAMM); no obstante tuvimos en cuenta el grado de saturación de información para establecer el número definitivo.
- **Selección de participantes** en los servicios de Hospitalización, Cirugía y/o Medicina Interna, se llevó a cabo bajo el criterio de “Informantes Clave”. Estos informantes clave, a instrucciones de los investigadores, seleccionaron para la discusión a personas con competencias comunicativas, experiencia en el tema y capacidad de diálogo. Igualmente concretaron fecha y lugar de conveniencia a los participantes.
- **Selección de la composición** de los GD. Los GD fueron compuestos por profesionales de enfermería, que estuvieran realizando sus labores asistenciales en los servicios mencionados. De esta forma fueron invitadas a participar un total de 48 personas, distribuidas en los cuatro GD mencionados; es decir, doce participantes por GD. Se seleccionaron un número mayor al sugerido para atender a la tasa de fallo que pudiéramos encontrar. Igualmente como criterio, se incluyó a más número de mujeres que de hombres, así como una distribución de edad representativa de todos los estamentos generacionales de la profesión. Este punto nos parecía especialmente relevante, al incluir personas que habían sido formados bajo planes anteriores a 1977 (ATS), personas formados bajo los primeros planes de estudios modernos (1977-1998), personas formadas bajo los planes de estudios más modernos (1998-2010) y personas formadas bajo la perspectiva del Grado.
- **Determinación de lugar y momento de intervención;** atendiendo a las recomendaciones establecidas con el Informante Clave, se determinó un lugar y momento adecuado para que facilitar que los participantes acudieran a la convocatoria. Se dispusieron de sendas salas de reuniones en los propios hospitales, y se convocó de manera

244. ANDRÉS ROJO ROJO.

que fuera factible la asistencia de la mayoría de los entrevistados (en horario cercano a la entrada/ salida al trabajo). Las salas fueron equipadas en el momento del estudio, de sendos equipos de grabación de audio y de video (una grabadora y dos cámaras de vídeo), visibles a los asistentes.

- **Establecimiento del guion de participación.** El guion se estructuró entorno a temas o tópicos a investigar. Los temas a tratar inicialmente incluían:
 - Opinión respecto a las prácticas
 - Relación con el Tutor de la Facultad
 - Grado de Satisfacción con la función Tutorial
 - Participación en la Evaluación de los alumnos
 - Forma de Enseñar al alumno durante sus prácticas.
 - Relaciones con el Alumno en prácticas
 - Demandas para con la función tutorial.

No obstante, el guion fue tomado como orientación al inicio de las conversaciones y como “recurso” en caso de “punto muerto” del discurso grupal.

- **Rol de Moderador del Grupo de Discusión.** El rol de moderador de los distintos Grupos de Discusión, fue asumido por el investigador principal y autor de esta tesis. Como moderador, se encargó de determinar el inicio y el fin de la discusión grupal, en base a los criterios de saturación de temática en la conversación y tiempos pactados con los participantes. Igualmente, tal como señala la bibliografía comentada, adoptó un rol de guía de conversación, dejando libertad en el discurso y dirigiendo los temas, cuando éstos se consideraban finalizados en el hilo del discurso.

6.4.1.2. Transcripción del Discurso.

Como comentábamos anteriormente, lo interesante del GD reside en el análisis del discurso producido, resultado de la interacción entre los participantes

en el mismo. Esta información tiene la forma de una conversación animada semejante o igual a la que se puede obtener de una tertulia entre amigos. Esto significa que la información obtenida presenta una gran riqueza de contenidos y matices pero también un gran desorden y complejidad a la hora del análisis.

Existen distintas tendencias a la hora de plantear la transcripción del discurso. Por un lado se encuentran aquellos que optan por transcribir todos los fragmentos e intervenciones de los interlocutores (Gil Flores, 1992; Callejo, 2001) y por otro lado están aquellos que transcriben de forma parcial, los fragmentos que consideran apropiados o deseables para el tema objeto de estudio. (Montero y Farías, 2005). Los defensores de la primera postura, argumentan esto debido a la pérdida de información que puede generar si no atendemos a todos los detalles del discurso.

Por tanto, nosotros optamos por este estilo de transcripción literal, guardando espacio para anotaciones de énfasis o posturas corporales llamativas o relevantes.

Uno de los aspectos más conflictivos a la hora de realizar la transcripción de una técnica discursiva, estriba en la posibilidad de identificación de los participantes. En aras de guardar el anonimato de los participantes, se ideó un código de identificación de cada sujeto, acorde a cuatro caracteres; por un lado éstos fueron catalogados con la letra E (Enfermera/o) seguido de un número acorde al orden de intervención, del siguiente modo (E1); por otro, se incluía la letra G (Grupo) y el número 1, 2, 3 o 4 según la pertenencia a GD de HLAMM (los dos primeros) o GD de HUVA (los dos segundos). De esta forma los participantes se identificaron atendiendo a EXGX.

6.4.2. Instrumento Cuantitativo. Descripción del Cuestionario.

El cuestionario que se ha creado para dar cumplimiento a nuestros objetivos expresamente, se compone de cinco apartados o “cuestionarios”, que unificados se convierten en nuestro instrumento de trabajo. Cada uno de estos “cuestionarios” hace referencia a distintos aspectos a tratar; aspectos que en cierto modo son relacionados pero independientes en su tratamiento analítico. Así pues estos apartados son:

246. ANDRÉS ROJO ROJO.

1. Datos de identificación. En este cuestionario recogemos información acerca de las características personales y profesionales del entrevistado, así como aspectos relacionados con su papel como tutor.
2. Valoración de los Aspectos Generales de la Formación Práctica. Este cuestionario, interroga al entrevistado sobre aspectos relativos a los aspectos organizativos de la formación práctica, y sus relaciones con el Tutor de la Facultad.
3. Valoración del Nivel de Formación Práctica de los Alumnos. Este cuestionario nos proporciona información acerca de la valoración por parte de los tutores acerca del propio proceso del formación práctica y su relación con su labor asistencial.
4. Escala sobre Efectividad del Tutor como Docente Clínico. Esta escala aúna los criterios comentados en capítulos anteriores acerca de lo que se considera un “tutor efectivo”. Está compuesta por afirmaciones acerca de los comportamientos que como tutores realizan con sus alumnos. Esta escala podría ser gradada, ofreciendo un “Índice de Tutorización”, que nos indicaría la adecuación o no de los comportamientos del tutor y las conductas a mejorar.
5. Cuestionario sobre Funciones Asumidas como Tutor Asistencial. Este cuestionario explora las funciones realizadas por el tutor.

Tras el proceso de elaboración que posteriormente comentaremos brevemente, el cuestionario se conforma por 65 ítems.

6.4.2.1. Proceso de elaboración cuestionario.

En el proceso de elaboración del cuestionario, podemos diferenciar distintos periodos y etapas. De forma resumida, podemos decir, que como si de un ser vivo se tratara, el cuestionario fue evolucionando conforme se avanzaba en su construcción.

Inicialmente tenemos el periodo de planificación y elaboración de los ítems, donde a través de la búsqueda documental, los instrumentos creados en otros

contextos, las impresiones y conclusiones de los G.D y nuestra iniciativa particular como investigadores se crearon exprofeso los distintos ítems de nuestro instrumento. Igualmente se gestó la estrategia y el acceso a la muestra, valorando los distintos medios por lo que poder hacerlo (autoadministrada, online, etc).

En la elaboración de los ítems, se tuvieron en cuenta las impresiones de Carrasco y Calderón (2000) para diseñar y aplicar un cuestionario se debe procurar tener un balance adecuado entre la sencillez y la claridad pero sin caer en lo superficial. Una de las primeras decisiones a la hora de estructurar el cuestionario fue la de plantear *preguntas cerradas*, así el entrevistado dispondrá de una serie de posibles respuestas entre las que debe de elegir la que considera más apropiada, este tipo de preguntas según (Corbetta, 2007) presentan algunas ventajas: ofrecen el mismo marco de referencia para todos los entrevistados, facilitan el recuerdo, estimulan el análisis y la reflexión y ayudan al entrevistado a distinguir opciones que aún están confusas en su mente y que, probablemente, si se plantea una pregunta abierta la expresaría de forma poco clara.

Sobre las alternativas de respuesta y tomando en cuenta que se pretenden valorar las actitudes de un grupo de personas se ha tomado en cuenta el factor intensidad (alta o baja) para lograr codificar las alternativas de respuestas. Para lograr lo anterior propuesto se seleccionó la escala de tipo-Likert, que según Morales, Urosa, y Blanco, (2003) es el sistema más sencillo de construcción de escalas, y sus características psicométricas no son al menos inferiores a las de otro tipos de escalas (o incluso mejores) por lo que es sin duda el más utilizado.

Sobre este tipo de escala Gómez (2006) opina que para medir un objeto se requiere de una escala de medida relacionada a una serie de ítems construidos mediante una frase o proposición que expresa una idea positiva o negativa respecto a un fenómeno que nos interesa estudiar. De esta forma a los entrevistados se les presentó una serie de afirmaciones y se le pidió que hicieran su valoración graduada en dos sistemas: graduación de 1 a 6 y/o en escala semántica.

La escala de 1 a 6, fue elegida, con la intención de “obligar” al posicionamiento de los entrevistados en un sentido positivo o negativo y evitar por tanto la opción neutra, que es posible en aquellas escalas impares (pej de 1 a 5)

Respecto la escala semántica, se configuraron en función del ítem, escalas semánticas en torno a cuatro o seis opciones semánticas graduadas, desde “si, siempre”, “si, casi siempre”, “bastantes veces”, “algunas veces”, “raras veces”, “no, nunca”.

Tras decidir la estrategia a seguir, y la composición de ítems inicial, se procedió a establecer los obligados procesos de Validación y Fiabilidad de nuestro instrumento. Esta versión inicial del cuestionario, se denominó “*Cuestionario Alfa*” y estaba compuesta por trece “dimensiones” distintas y 150 ítems en total. (Ver Anexo 5).

Hemos de señalar que a la hora de redacción de los ítems, disposición de los ítems, presentación del cuestionario, seguimos las recomendaciones de autores como Cea D’ancona (1998) y Martínez (2002).

Este “*Cuestionario Alfa*”, fue analizado bajo la perspectiva de un grupo de expertos, a través del Método de Agregados Individuales⁴⁶, conformando un Panel de Expertos, pretendiendo que éstos elaboraran un Juicio de Expertos. Consideramos que este método es adecuado por evitar la interacción entre jueces, evitando así los sesgos de los datos ocasionados por conflictos de interpersonales, presiones entre expertos, etc. (Corral 2009).

El **Juicio de Expertos** se define como una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones. (Escobar y Cuervo, 2008). Con la conformación del Juicio de Expertos, se pretende dotar de *Validez de Contenido*⁴⁷ suficiente al instrumento gestado para este estudio. Para la validación del instrumento se emplea el procedimiento de validez de contenido, con la intención de probar que el instrumento incluye una muestra de elementos que sea suficiente y representativa

⁴⁶El Método de Agregados Individuales, se pide individualmente a cada experto que de una estimación directa de los ítems del instrumento.

⁴⁷ La Validez de Contenido se define como el grado en que los ítems que componen el test representan el contenido que el test pretende evaluar. Por tanto la validez de contenido se basa en la definición precisa del dominio y el juicio sobre el grado de suficiencia con que ese dominio se evalúa.

del universo que constituye el rasgo, característica o dimensión que se pretende medir. (Arnal, Del Rincón y Latorre, 1996).

La identificación de las personas que formarán parte del juicio de expertos es una parte crítica en este proceso, frente a lo cual Skjong y Wentworht (2000) proponen los siguientes criterios de selección: Experiencia en la realización de juicios y toma de decisiones basada en evidencia o experticia (grados, investigaciones, publicaciones, posición, experiencia y premios entre otras), Reputación en la comunidad; Disponibilidad y motivación para participar; e Imparcialidad y cualidades inherentes como confianza en sí mismo y adaptabilidad.

De otra parte, el número de jueces que se debe emplear en un juicio depende del nivel de experticia y de la diversidad del conocimiento; sin embargo, la decisión sobre qué cantidad de expertos es la adecuada varía entre autores. Así, mientras Gable y Wolf (1993), Grant y Davis (1997), y Lynn (1986) (citados en McGartland, Berg, Tebb, Lee y Rauch, 2003) sugieren un rango de dos hasta veinte expertos, Hyrkäs, Appelqvist y Oksa, (2003) manifiestan que un número entorno a diez brindarían una estimación confiable de la validez de contenido de un instrumento.

Atendiendo a estos criterios, fueron seleccionados ocho expertos o jueces. Estos expertos fueron divididos en dos tipos, seleccionados a partir de criterios de conveniencia. Por un lado, el criterio de selección determinado por su idoneidad en evaluación e investigación; de otro lado los expertos seleccionados por su experiencia y conocimiento de la profesión y la labor tutorial. Un primer grupo de expertos fue seleccionado atendiendo a los criterios comentados anteriormente, como por ejemplo ser Doctores, con sobrada experiencia en investigación, con publicación de artículos de relevancia a nivel científico. De esta forma se seleccionaron cuatro personas.

Otro grupo de expertos fue compuesto por profesionales de enfermería con amplia experiencia en el campo de la tutorización. Así pues fueron seleccionados cuatro enfermeras/os en áreas asistenciales, que atesoraban al menos cinco años de experiencia en el mismo servicio como tutor.

Tal y como señalan autores como Skjong y Wentworht (2000), y de Arquer (1995), se proporcionó a los grupos de expertos, distintos documentos como

250. ANDRÉS ROJO ROJO.

instrucciones y planillas de juicio (ver Anexo 3), para que a través de ellas, se pudieran emitir un juicio acorde entre sí. Igualmente se contactó y explicó personalmente el propósito y contexto de investigación y así como el propósito del cuestionario.

Cada experto, emitió un juicio en base a calificaciones de tipo cualitativo, categorizando cada aspecto evaluado entorno a “excelente”, “buena”, “mejorable” y “mala”, pudiendo emitir juicios y criterios de valoración de forma precisa, en post de buscar la mejoría del cuestionario. El experto o expertos reconoce que en dicho juicio crítico se deben tener en cuenta una parte sintética y otra específica. Respecto a la parte sintética se valora una adecuación de las preguntas o ítems del cuestionario a la finalidad de la evaluación o investigación, una estructura y disposición equilibrada y armónica de sus partes, si carece de alguna parte o conjunto de preguntas esenciales al fin pretendido y finalmente se examina el tamaño o si algunas preguntas son reiterativas o superfluas. Un informe de los juicios emitidos por los expertos se puede apreciar en el Anexo 4.

Las decisiones tomadas entorno al cuestionario, su composición y estructura, se realiza a partir de los criterios de Univocidad, donde todos los jueces están de acuerdo con la composición y/o modificaciones de los ítems; la Pertinencia, donde los jueces determinan si los ítems son adecuados para medir los objetivos propuestos y el Grado de Importancia del Item, donde se valora la trascendencia del ítem en relación con el objeto de estudio; con este criterio, han de valorar la trascendencia de todos y cada uno de los ítems que se han presentarlos para mantenerlos o eliminarlos.

En cuanto a las partes evaluadas, se diferenció atendiendo a la estructura del cuestionario; así por ejemplo se evaluó, la “Carta de Presentación”, “las Instrucciones para el Proceso de Respuesta”, “la Estructura General del cuestionario”, y dentro de los distintos módulos y dimensiones del cuestionario, se atendió a la estructura, claridad, orden lógico, adecuación de las opciones de respuesta, cantidad de ítems de cada dimensión del cuestionario, y de cada ítem en particular. Finalmente, cada juez debía cumplimentar un apartado donde valorar de forma genérica el cuestionario en su conjunto.

Este “Cuestionario Alfa”, fue entregado a los distintos expertos, y tras un periodo de tiempo, se recopilaron los informes pertinentes, arrojando como

conclusiones comunes, la excesiva longitud del mismo, y la necesidad de concretar las dimensiones o aspectos del cuestionario.

Tras asumir las recomendaciones, se confeccionó nuevamente una nueva versión del cuestionario. Tras un breve periodo de tiempo de deliberación informal con los expertos, se consideró innecesaria una segunda ronda de contactos de valoración del cuestionario, de forma que se procedió a dar un formato definitivo, como "Cuestionario Piloto" (ver Anexo 6).

Este "Cuestionario Piloto", fue sometido a dos pruebas de **Consistencia Interna o Confiabilidad**. Estas pruebas de consistencia interna, exigen de la aplicación de campo del cuestionario; es decir de la realización de un Estudio Piloto. Para realizar este Estudio Piloto se estableciendo como población las enfermeras/os de Unidades Especiales del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Se realizó un muestreo de tipo intencional, siendo seleccionados el número de elementos muestrales acorde para la obtención de valores de validez interna adecuados. Así pues, fueron seleccionados un total de 100 enfermeros/as de cuatro unidades distintas (UCI General, UCI Pediátrica, Puerta de Urgencias y Unidad de Hemodiálisis) del HUVA.

La muestra reflejó la composición natural de las unidades, con una proporción de 65.7% mujeres y 34.3% de hombres y una experiencia asistencial media de 16.4 años y 9.6 años en el servicio. Una vez aplicado el instrumento se procedió a su tratamiento estadístico y valoración de Consistencia Interna.

El método de Consistencia Interna basado en el alfa de Cronbach permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica.

La validez de un instrumento se refiere al grado en que el instrumento mide aquello que pretende medir. Y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se puede estimar con el alfa de Cronbach. La medida de la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados (Welch y Comer, 1988). Cuanto menor sea la variabilidad de la respuesta, es decir, que haya homogeneidad en las respuestas dentro de cada ítem, mayor será el Alfa de Cronbach.

252. ANDRÉS ROJO ROJO.

Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. La fiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida fiable del constructo en la muestra concreta de investigación. Respecto a lo que se considera adecuado, hay distintas opiniones al respecto; así por ejemplo Nunnally (1978) considera que dentro de un análisis exploratorio genera (como es nuestro caso), el valor de fiabilidad entorno a 0.7 es adecuado. Como criterio general, George y Mallery (2003), sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes del alfa de Cronbach:

- Coeficiente alfa > 0.9, es excelente
- Coeficiente alfa > 0.8 es bueno
- Coeficiente alfa > 0.7 es aceptable
- Coeficiente alfa > 0.6 es cuestionable
- Coeficiente alfa > 0.5 es pobre
- Coeficiente alfa < 0.5 es inaceptable.

Tras la realización de la primera exploración a la muestra piloto seleccionada, se dejó pasar un tiempo entre 4 y 6 semanas, periodo tras el cual fueron nuevamente entrevistados con el cuestionario piloto. Mediante esta segunda exploración, pretendíamos cumplir con la segunda prueba de validación; en este caso, se trata de medir la estabilidad temporal del cuestionario. Es lo que se denomina estrategia **Test-Retest**. El coeficiente que se obtiene recibe el nombre de Coeficiente de Estabilidad porque denota la coherencia de las puntuaciones en el tiempo. Para un desarrollo adecuado y sean confiables deben variar entre 0,80 y 0,95. Para ello estadísticamente se recurre a la R de Pearson.

Con el fin de realizar este procedimiento de Test-Retest, y debido a que cada cuestionario "test" debe ser cruzado y correlacionado con el "retest" del mismo individuo, los cuestionarios, son identificados de forma individual. Para garantizar el anonimato, la identificación se realizó a través de un "login" que se confeccionó con las iniciales y las dos últimas cifras y la letra del DNI.

Tras todo este proceso, se procedió al análisis estadístico de los ítems de la primera exploración, centrándonos en el análisis del Alfa de Cronbach de los ítems del cuestionario. Brevemente señalar que el Cuestionario Piloto entregado a la Muestra Piloto contaba 85 ítems. Fueron eliminados los ítems con baja correlación Item-Total, de forma que el coeficiente Alfa de Cronbach para cada

uno de los cuatro subcuestionarios fuera adecuado. Para más detalles del proceso de selección de los ítems, ver el Anexo 7.

Cuestionario	Nº ítems cuestionario inicial	Alfa de cronbach cuestionario inicial	Alfa de cronbach cuestionario corregido	Nº ítems cuestionario corregido
Sub-Cuestionario 2	11	0.66	8	0.72
Sub-Cuestionario 3	11	0.38	6	0.717
Sub-Cuestionario 4	36	0.876	30	0.89
Sub-Cuestionario 5	10	0.77	7	0.81
Cuestionario Piloto completo	85	0.753	65	0.765

Tabla 10. Distribución y evolución de Ítems en los Sub-cuestionarios del Cuestionario de investigación.

En definitiva tras este proceso de tratamiento estadístico del cuestionario, el Cuestionario Piloto inicialmente conformado con 85 ítems y un α -Cronbach de 0.753, para terminar con 65 y α -Cronbach de 0.765., de forma que redujimos el número de ítems, sin perder calidad en la respuesta.

Respecto a la estabilidad temporal, a través de las pruebas Test-Retest, se obtienen correlaciones de $r=0.754$, lo que nos indica una estabilidad en la respuesta aceptablemente buena.

Es decir, el juicio de expertos, junto con las pruebas estadísticas realizadas, nos confirmaron la adecuación del instrumento generado para proporcionar información sobre los objetivos de investigación propuestos. A lo largo del proceso, de los 130 ítems que componían el "Cuestionario alfa", se modificaron y seleccionaron un total de 65 ítems, conformando así nuestro Cuestionario definitivo (Anexo 8).

6.5 ESTRATEGIA DE RECOGIDA DE DATOS. PUESTA EN MARCHA DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN.

6.5.1. Estrategia de Datos Cualitativos. Desarrollo e Implementación de los Grupos de Discusión.

254. ANDRÉS ROJO ROJO.

De acuerdo a lo planificado, el Proceso de Investigación, se inició con el desarrollo de los GD. Inicialmente se desarrolló un GD perteneciente al HUVA, y en una fase posterior se realizaron los siguientes. Este GD, (codificado como Grupo Discusión 3), fue realizado de una forma precoz en el desarrollo de la investigación, pues permitió una primera toma de contacto con los sujetos de investigación, sirviendo como “prueba de desarrollo”, analizando las reacciones y los problemas que pudieran surgir para corregir en próximos GD. Igualmente sirvió para valorar la incorporación de nuevos tópicos o variables a la investigación cuantitativa. Este primer GD, se desarrolló a finales del mes de noviembre de 2013. El resto de grupos se implementaron en el HLAMM entre abril y mayo de 2014.

Pese a estar planificados 4 grupos inicialmente, se convino por parte del equipo de investigación, no realizar más que estos tres, por la saturación de datos obtenida inicialmente.

Finalmente de los 48 individuos planificados en cuatro GD, se realizaron tres GD con la participación de 26 personas. Pese a ser convocadas 12 personas por cada GD, participaron ocho, ocho y diez, personas respectivamente en los GD1, GD2 y GD3.

En lo que respecta a la estrategia de acceso y puesta en marcha de los GD, todos respondieron a los mismos patrones, recomendados por la bibliografía para el desarrollo de DG (Gutierrez Brito, 2008; Ibáñez, 1994), siguiendo el siguiente esquema:

Preparación de la sala. Se dispusieron la distribución de asientos entorno a una mesa central en forma circular u oval. El investigador ocupó un sitio visible para todos los participantes. Se controlaron las condiciones de luz y climatización de la sala. Se dispuso de botellas de agua y de soporte de papel y lápiz para cada participante. Se colocaron los dispositivos de grabación de audio (grabadora) y de video (2 videocámaras) de tal forma que se registrara de una forma adecuada tanto el discurso oral como los movimientos y disposiciones de los participantes. Estos dispositivos eran visibles a todos los participantes.

Recepción de los participantes. A la llegada de los participantes, se procedió a la presentación del investigador y a la invitación de “tomar sitio”. Cuando se encontraron presentes todos los participantes se dio inicio a la sesión.

Presentación e Inicio de la Sesión. A la presentación, el investigador, dio las gracias por la participación, expuso los objetivos y propósitos de la sesión, la dinámica a seguir y la duración aproximada de la misma. Respecto a la dinámica, se explicitó la voluntad de que se desarrollase una conversación coloquial entre ellos, respecto al tema de estudio. Se concretó igualmente el papel de moderador del investigador. Se informó a los participantes de la presencia de sistema de grabación de audio y de video, como necesidad para registrar el discurso y poder analizar el mismo posteriormente. Se remarcó la garantía del tratamiento y la confidencialidad de los datos. El inicio del debate de la sesión se realizó bajo el tópico inicial: “¿qué impresión tenéis sobre las prácticas?”.

Desarrollo de las sesiones. A lo largo de las sesiones, cada grupo se evidenciaron distintos procesos de conversación grupal, apreciándose una disminución de la ansiedad y nerviosismos iniciales en los grupos para aumentar así el grado de coloquialidad y participación al final de los mismos. El tiempo empleado por cada GD en el desarrollo del discurso, fue de 55 minutos de media, siendo el más prolongado el GD1 con 65 minutos, y el más breve el GD2 con 50.

Finalización de las Sesiones. La finalización de las sesiones, se realizó a criterio del investigador, cuando se consideró que el discurso se estaba agotando y se observaba cansancio en los participantes. A la finalización se agradeció la presencia de los mismos, así como se hizo entrega de un “obsequio” como muestra de dicho agradecimiento.

6.5.2 Estrategia de Datos Cuantitativos. Desarrollo e Implementación del Cuestionario.

La recogida de datos, cumplió con los prerequisites establecidos por el Servicio Murciano de Salud y las Comisiones de Ética del mismo, con el fin de regularizar e informar del proceso a la Administración. Para ello, y dado que se realizó el estudio en la Red de Hospitales Públicos de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, previo al acceso a la muestra, se contactó con los Directores Gerentes de las distintas Áreas de Salud en que se descompone el Servicio Murciano de Salud, a través de nota por registro general, informando de nuestras intenciones y presentando un modelo del cuestionario a distribuir entre la muestra. Las respuestas de idoneidad y autorización del estudio

proporcionadas por la Gerencia de los distintos centros se pueden apreciar en el Anexo 2.

Una vez obtenida la respuesta por parte de las distintas Gerencias de las Áreas de Salud, se nos derivaba a la Coordinación de Docencia e Investigación de cada Área, y tras concertar cita y mantener entrevista personal exponiendo las intenciones y el plan de acción se procedía a fijar fecha de acceso a la muestra. El/la Coordinador/a de Docencia quedaba pendiente de notificar internamente a los distintos Supervisores de las Unidades objeto de estudio, de nuestras intenciones y de la fecha concertada para la exploración. En dicha entrevista, interrogamos al Supervisor/a sobre el número exacto de enfermeras/os asistenciales que se encontraban trabajando en las distintas unidades.

Tras este proceso de solicitud de estudio del personal de los centros, uno de los centros denegó la participación alegando “conflicto de intereses” en el mismo. Igualmente, otro de los centros inicialmente considerado, fue desestimado por los investigadores a criterio de conveniencia.

El día fijado para cada centro, se mantenía (previo acceso a la muestra), una entrevista entre el/la Supervisor/a de cada unidad y el investigador exponiendo nuestras intenciones, el plan de acción, así como las impresiones del mismo acerca de la adecuación de la estrategia según las características intrínsecas de su servicio. Igualmente se interrogaba al Supervisor/a acerca del tipo de turno y número de enfermeras/os asistenciales que se encontraban en ese momento trabajando en la unidad.

Tras el intercambio de opiniones, entre Supervisor/a e Investigador, se procedía al acceso a la muestra. Durante este acceso, se explicaba brevemente el propósito del cuestionario, el tiempo que debería invertir en su cumplimentación, solucionando las dudas que pudieran surgir al respecto. Por descontado queda que se advertía del carácter anónimo y voluntario de la información vertida en el cuestionario.

6.5.2.1 Estrategia de Acceso a La Muestra.

Tras las entrevistas con los Coordinadores de Docencia de los hospitales participantes y los Supervisores de las Unidades de estudio, se obtuvieron las cifras reales de personal de enfermería adscrito a las unidades y servicio objeto de estudio, por lo que determinamos de forma exacta la población de estudio, hasta entonces estimada. El acceso a la muestra tuvo lugar en las fechas comprendidas entre el 15 de diciembre de 2014 y el 16 de febrero de 2015.

Al aplicar los criterios muestrales antes comentados, a la población ahora definida y estableciendo los criterios de representatividad y proporcionalidad en la muestra de cada centro, se obtiene la tabla 11.

Previo al acceso a la muestra, se determinó la forma en que se accedería a la misma. Entre nuestro objetivo primordial se encontraba minimizar en lo posible las pérdidas de información, y planificar por tanto una estrategia que nos asegurara una recogida de datos adecuada.

Hospital	Población	%	Muestra
<i>H.U.V. Arrixaca</i>	240	26.3	71
<i>H.G.U. Morales Meseguer</i>	215	23.5	63
<i>H.G.U. Reina Sofía</i>	180	19.7	54
<i>H.G.U. Santa Lucía</i>	180	19.7	54
<i>H.C. Los Arcos Mar Menor</i>	35	3.7	10
<i>H.C. del Noroste</i>	30	3.3	9
<i>H.C de la Vega Lorenzo Guirao</i>	30	3.3	9
Total	910	100	270

Tabla 11. Distribución de muestra por representatividad de centros.

Debíamos por tanto asegurar la aleatoriedad de la selección de los elementos muestrales. La imposibilidad de contar con un registro físico con la relación nominal de personal de enfermería que se encontraba en las unidades objeto de estudio, así como situaciones imprevistas (como bajas laborales, días libres o de vacaciones, etc.) hacía poco eficiente utilizar estrategias habituales para el muestreo probabilístico.

Por ello determinamos junto con los Supervisores de las Unidades, como proceso de aleatorización de la muestra, el acceso puntual al personal que el día de la exploración se encontrara trabajando en los turnos de mañana y tarde de las unidades a estudio.

En algunos centros fueron necesarias distintas exploraciones, debido factores como la cantidad de muestra necesaria para cumplir los criterios era relativamente alta y con una exploración no era suficiente. Es factor junto al hecho de la previsible "Tasa de No Respuesta" y "Tasas de Abandono", hizo necesaria la planificación de distintas exploraciones.

Éste es uno de los principales hándicaps de los cuestionarios auto-administrados en enfermería: la cumplimentación de los mismos, es decir las "Tasas de Respuesta" y que estas respuestas fueran de "calidad". Las Tasas de Respuesta y Tasa de Participación del personal de enfermería al ser objeto de estudio, es tradicionalmente baja, oscilando las primeras entre el 76% y el 40% y las segundas entre el 65% y el 30%, según los estudios consultados. Los valores más altos se han conseguido en estudios acerca de la motivación y el burn out del personal. Tradicionalmente la carga de trabajo ha sido el motivo alegado para la no cumplimentación de los cuestionarios.

Autores como Díaz de Rada y cols (2003), D'ancona (1994) entre otros recomienda una serie de aspectos a tener en cuenta para fidelizar a la persona entrevistada, de forma que aseguremos una tasa de participación y respuesta adecuada. Entre las estrategias que señala se encuentra la entrega de obsequios o "contraprestaciones" a modo de recompensa, y establecer una "relación personal" a modo de compromiso.

Así pues, con todo lo dicho, optamos por utilizar como estrategia de acceso a la muestra y recogida de información, la entrega al personal que se encontrase trabajando en el día de la exploración, en turno de mañana y tarde, el cuestionario. Para ello, el investigador principal contactaba con los elementos muestrales directamente al inicio del turno (fuera mañana o tarde) exponiendo brevemente el cuestionario, las intenciones así como el tiempo estimado que tardarían en cumplimentarlo. Igualmente se concertaba una hora de recogida, siempre antes de finalizar el turno de trabajo (ya fuera mañana o tarde).

Esta estrategia establecía un periodo de tiempo para que el profesional cumplimentara el cuestionario que comprendía entre 5 y 10 horas dependiendo del tipo de jornada laboral que se desarrollara en el centro/servicio sanitario⁴⁸. Transcurrido dicho periodo de tiempo, el cuestionario era recogido por el investigador.

Como parte de la estrategia, contemplamos realizar tantas exploraciones bajo este sistema como fueran necesarias, hasta completar una muestra lo suficientemente representativa de la población, cumpliendo con los criterios mínimos establecidos para nuestra muestra (95% de confianza, 5%error).

La fase de exploración del Cuestionario, se desarrolló en las fechas comprendidas entre el 15 de noviembre de 2014 y el 25 de febrero de 2015. Durante este periodo se realizaron las visitas a los distintos hospitales y se recogieron las muestras necesarias para cumplir con los objetivos planteados.

6.6 ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE DATOS.

6.6.1 Estrategia de Análisis de Datos Cualitativos.

Por análisis de datos cualitativos se entiende el proceso mediante el cual se organiza y manipula la información recogida por los investigadores para establecer las relaciones, interpretar, extraer significados y conclusiones. (Spradley, 1980, en Rodríguez Sabiote, Lorenzo Quiles y Herrera Torres, 2005)

A pesar de la dificultad que entraña establecer límites y diferenciaciones de etapas o momentos en el análisis cualitativo, en este trabajo hemos intentado presentar de forma clara y precisa el riguroso proceso que se ha llevado a cabo, de manera que aún sin ser el objetivo principal del abordaje cualitativo, pueda ser replicable.

No podemos olvidar, como señala Sabiote (2005), algunas de las dificultades con las que cualquier investigador puede toparse al desarrollar un análisis de datos cualitativos, como son:

⁴⁸Los horarios de trabajo de las distintas unidades habitualmente están distribuidos en jornadas de siete/ diez horas, comprendidos entre las 8.00 y las 15.00 (turno de mañana), las 15.00 y las 22.00 (turno de tarde) y las 22.00 y las 8.00. o bien en jornadas de catorce/ diez horas, comprendidas entre las 8.00 y las 22.00 horas

260. ANDRÉS ROJO ROJO.

- El carácter polisémico de los datos cualitativos. Los múltiples significados que pueden encontrarse en una grabación de audio o video, o en una transcripción materializada en un texto son casi ilimitados.
- La naturaleza predominantemente verbal de los datos cualitativos, lo que implica que en gran medida se pierdan detalles propios del lenguaje no verbal, como son las expresiones faciales, las entonaciones, énfasis, etc. Aspecto suplido en parte por las impresiones del investigador, la calidad de los recuerdos y las notas de campo, analizando este aspecto. También son de utilidad el uso de grabaciones de video, pues aporta una prueba objetiva del comportamiento del sujeto entrevistado.
- El gran volumen de datos que se recogen. Al contrario que los datos cuantitativos, los cualitativos suelen incardinarse bajo ingentes cantidades de información —auditiva, textual o icónico-visual.

Una de las peculiaridades de los datos cualitativos, es la presencia del aspecto “discursivo” o “textual”. Y es que cualquier técnica que se use para recoger datos cualitativos, implica la realización posterior de un documento escrito que represente el discurso obtenido de la persona entrevistada. Entrevistas, Grupos de Discusión, Análisis de Campo, etc. todos ellos terminan con la generación de un texto, a partir del cual se analizará. Es por ello que las técnicas de análisis de los datos producidos, son técnicas de análisis de textos.

En este análisis textual, la intención del investigador tal como explica Marcelo (1992, p.54) es

“dar sentido a los datos cualitativos lo que significa reducir notas de campo, descripciones, explicaciones, justificaciones, etc., más o menos prolijas hasta llegar a una cantidad de unidades significativas y manejables. Significa también estructurar y representar estos ítems, y por último extraer y confirmar unas conclusiones comprensivas”.

Otro de los aspectos característicos del análisis de datos cualitativos, es el carácter “artesanal” del mismo, pues este análisis se realiza a partir de la reflexión

e inferencia del propio investigador acerca de los fragmentos analizados y de la relevancia que éste le concede para la investigación.

De entre las distintas técnicas o herramientas para analizar la información procedentes de discursos o “datos cualitativos”, optamos por el **Análisis de Discurso** o Análisis de la Conversación, por ofrecer mejores ventajas analíticas, que otros métodos de análisis (análisis de contenido, comparación constante, etc.) al posibilitar estudiar las secuencias de intercambios a partir de los cuales devienen los esquemas y las categorías, así como los heurísticos empleados grupalmente. Además ofrece recursos propios del análisis lingüístico que no ofrecen las otras propuestas (Fitch y Sanders, 2005).

El Análisis del Discurso utiliza una perspectiva más hermenéutica o de interpretación global del acto discursivo o del lenguaje. No busca por tanto un patrón repetitivo o de recuento, sino la interpretación y el sentido del discurso emitido por los intervinientes, de ese modo, lo más repetido, puede no ser lo más relevante para el investigador.

Berelson, citado por López Noguero (2002), el investigador que mejor sistematizó las posibilidades de este nuevo instrumento, lo definió en 1952 como *“a research technique for the objective, systematic, and quantitative description of manifest content of communications⁴⁹”*.

En este sentido como dice Callejo, *“El análisis del discurso es la búsqueda de un sentido. Un discurso no tiene un único sentido. Puede tener varios. El que busca el investigador en concreto vendrá dado por los objetivos concretos de la investigación.”* (Callejo, 2001, p.148).

No podemos olvidar que realizaremos el Análisis del Discurso de un Grupo de Discusión, lo que confiere un carácter metodológico que es pertinente atender. Como señala, Ruiz Ruiz (2009, p.10)

“interés por el discurso para el conocimiento de la realidad social, parte de la consideración de la orientación subjetiva de la acción social: la acción social está orientada por el sentido que da el sujeto a su propia acción, por lo que es preciso atender a este sentido para la comprensión y la explicación de

⁴⁹*“es una técnica de investigación que pretende ser objetiva, sistemática y cuantitativa en el estudio del contenido manifiesto de la comunicación”*

262. ANDRÉS ROJO ROJO.

la misma. Ahora bien, este sentido no es sólo producto de constricciones y creencias individuales. Por el contrario, los sentidos por los que los sujetos orientan su acción son en buena medida producidos y compartidos socialmente”.

Y es que de esta forma entramos en el denominado Análisis del Discurso Grupal (Baz Tellez, 1994), con una serie de aspectos a tener en cuenta, ya que el Grupo es tomada como unidad discursiva en sí mismo; en otras palabras, tomamos como sujeto del discurso, a un cuerpo colectivo. No obstante, las múltiples voces, los distintos actores de la trama, potencian la manifestación de dimensiones de la subjetividad, desarrollándose una lucha o defensa de posiciones entre los participantes.

De esta forma, un texto grupal, nunca será una sumatoria de discursos individuales, puesto que es una producción colectiva, única e irrepetible.

Como cualquier técnica de análisis cualitativo, el Análisis del Discurso pretende reducir los datos obtenidos a aspectos comprensibles y con capacidad de relación entre ellos, de forma que podamos llegar a inferir hipótesis de tipo inductivo. De esta forma el discurso en su formato original, será transcrito, conformando entonces un texto para el análisis; de éste texto se extraerán los fragmentos interesantes a nuestro objeto de estudio, para posteriormente condensar dichos fragmentos en categorías con sentido, hasta agruparlo en unidades de mayor entidad independientes unas de otras. Este proceso de Reducción y Análisis de los Datos, requiere previamente de tareas de Transcripción y Lectura Repetida de los textos obtenidos como bien nos recuerda Gil Flores, García Jiménez y Rodríguez Gómez (1994)

En lo que respecta a las fases del Análisis del Discurso, Baz Tellez (1994), nos señala la aproximación en distintas fases:

- a). Escucha de la grabación y transcripción del discurso;
- b). Lectura repetida del texto observando en formato video cómo se inicia, como se desarrolla y como se termina (**Primer Nivel de Observación**);
- c). Segunda lectura del texto, seleccionando aquellos significantes que se repiten, cadenas de discurso (diálogos entre varias personas concatenadas), frases peculiares y otros fenómenos en el dialogo grupal. Consecuencia de

esto el texto queda marcado y se extraen los significantes y frases que parecen revelar lo esencial del discurso del grupo (**Segundo Nivel de Observación**);

d). Identificación de los aspectos “emergentes” del discurso, en forma de Categorías de Análisis. Tras este análisis de categorías se establece una serie de hipótesis operativas sobre los contenidos latentes del texto, configurando éste el Tercer Nivel de Análisis.

A la hora de atender a la formulación de las Categorías de Análisis, estas se pueden realizar de forma “inductiva”, es decir extraídas del propio discurso del grupo a posteriori, o de forma hipotético-deductiva previa. En este sentido, la formulación a posteriori de las categorías se produce habitualmente en un marco de cierta incertidumbre por parte del investigador y éstas “emergen” del texto conforme vamos analizando el mismo. (Santander, 2011)

Si disponemos de hipótesis previas, estas hipótesis se traducen en aspectos interesantes a tratar y se plasman en las preguntas-estímulo utilizadas como guión en el desarrollo de las sesiones. Sin embargo, el carácter exploratorio de nuestro estudio, condujo a la aparición de distintas categorías de análisis incluidas en el discurso de los participantes y no tenidas en cuenta a priori.

En nuestro caso hemos seguido un proceso de categorización mixto, deductivo e inductivo: hemos partido de categorías de análisis definidas previamente en relación a las cuestiones básicas que guían la investigación y explicitadas en los interrogantes planteados en las sesiones, a partir de las cuales se han introducido modificaciones surgidas a medida que se han ido examinado los datos con más profundidad.

A la hora de analizar el discurso transcrito, recurrimos a criterios conversacionales, entendiéndose por éste la interpelación o alocución de cada miembro del grupo. Como afirma Santander (2011), a la hora de analizar el texto No existe la técnica idónea para hacer el análisis. Sencillamente se el investigador debe seleccionar del texto aquellos fragmentos que considere relevantes o significativos, según su objeto de estudio.

Respecto al empleo de dispositivos informáticos y software de ayuda al análisis, (ATLAST/ti, MaxQda, Textstat, etc.) en nuestro caso no han sido utilizados por criterio de practicidad del equipo de investigador, usando como

soporte informático los reproductores de audio-video y el procesador de textos Word-Oficce 2010, realizando la agrupación de las unidades de contenido en las distintas dimensiones comunes.

6.6.2 Estrategia de Análisis de Datos Cuantitativos.

Una vez recogidos los cuestionarios, se procedió al vaciamiento de la información contenida en ellos, de manera que se codificaron en una matriz de datos realizada ex profeso. Para ello se procedió a utilizar el paquete informático Excel Office 2010. Esta configuración de matriz, nos permitió organizar los datos recogidos.

Una vez establecida la matriz de datos de todos los cuestionarios, se inició el Análisis Exploratorio de los mismos. Para ello usamos el programa estadístico SPSS versión 21.

A la hora de presentar los datos, éstos serán presentados mediante tablas de distribución de frecuencias, donde se incluyan los porcentajes totales y corregidos⁵⁰. Igualmente utilizaremos el Polígono de Frecuencias como una forma gráfica de representar los datos

Respecto a los estadísticos descriptivos atenderemos a las Medidas de Tendencia Central Clásicas (Media, Moda y Mediana); de existir problemas de “desorden” en los datos (Tukey 1977, Rodríguez y cols 2006), por presentar valores extremos en la distribución, atenderemos a valores como la Moda, como representativo de la tendencia central de los datos de la muestra, por representar éste el valor más frecuentemente dado en el colectivo.

Por otro lado como Medidas de Dispersión Clásicas, atenderemos a la Desviación Típica y Varianza, como forma de valorar y atender la concentración de la respuesta y el grado de homogeneidad y acuerdo de la muestra respecto a las variables planteadas.

No estableceremos relaciones de correlación entre variables, por escapar éste tratamiento estadístico a los objetivos de nuestra investigación.

⁵⁰Entendemos por porcentaje corregido, el porcentaje tomado con los datos válidos estadísticamente, es decir, eliminando las respuestas desviadas o no válidas, así como la no respuesta.

Dadas las características de nuestro objeto de estudio, y nuestros objetivos, realizamos un Análisis Descriptivo de los datos obtenidos, atendiendo a los siguientes criterios:

1) Los resultados de las variables de tipo cualitativo (género, etc.), categóricas o nominales se expresan mediante el indicativo de frecuencias absolutas y relativas. No obstante, podremos atender a los parámetros descriptivos cuando el caso lo requiera.

2) Las variables cuantitativas de tipo continuo (años en el servicio, etc.) se representan en forma de estadísticos descriptivos, como hemos comentado anteriormente.

266. ANDRÉS ROJO ROJO.

7. RESULTADOS Y ANALISIS DE GRUPOS DE DISCUSIÓN.

7.1. Análisis de los Grupos de Discusión

7.1.1. Análisis de los componentes de los Grupos de Discusión

7.1.2. Análisis de los Niveles de Observación de la Investigación

7.2. Presentación de Resultados.

7.3. Resumen Resultados Cualitativos.

CAPITULO 7. RESULTADOS Y ANALISIS DE GRUPOS DE DISCUSIÓN.

7.1. ANÁLISIS DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN.

Según lo comentado en el capítulo de metodología, se realizaron tres Grupos de Discusión, con profesionales de enfermería pertenecientes a servicios de Medicina Interna, Cirugía, y/u Hospitalización, de dos hospitales públicos: el Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor (HULAMM) y el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA). La selección de estos centros respondió por un lado a criterios de conveniencia por un lado y por otro, por contar con dos centros distintos en lo que carga asistencial se refiere: de un lado el HULAMM es un centro Comarcal, con una carga asistencial en principio menor; de otro el HUVA un centro de referencia para la Comunidad Autónoma de Murcia.

Se realizaron tantos grupos como fueron necesarios para establecer una saturación de información. Esto se consiguió con el análisis del tercer grupo, lo que nos indicó la no necesidad de continuar realizando grupos.

Como igualmente comentamos en el capítulo de metodología, tras el proceso de transcripción, se ha realizado un "Análisis de Discurso", atendiendo de este modo no solo al contenido del discurso sino a la semántica y el sentido del mismo en el contexto que se producía. Igualmente la pertinencia de esta técnica ha sido tratada en el capítulo anterior.

A diferencia de otras técnicas de análisis de datos cualitativos, el Análisis del Discurso, toma en consideración lo que se está diciendo, y como se dice. Ahora bien, la propia dinámica de la conversación en el grupo, hace que las personas que se encuentran en él vayan modulando sus posiciones ideológicas y su discurso para conseguir un punto de consenso que aúne a todos o a la mayoría de los participantes, de forma que el propio discurso de los participantes cambia o evoluciona desde las ideas iniciales.

Atendiendo a la naturaleza de la técnica de Análisis del Discurso, el "discurso" es una única unidad de análisis, pues es el propio discurso lo que debe

ser analizado, entendiendo por Discurso, lo textual (lo dicho) más lo no textual, en particular el énfasis o el tono en el que los participantes se expresan, así como la actitud que los participantes mantienen a lo largo de la sesión de trabajo y su evolución durante la misma. Por ello tomaremos en consideración las impresiones que a pesar de haber sido mencionadas en contadas ocasiones, o con baja frecuencia, presentan gran grado de consenso y aceptación entre los participantes, así como aquellas que representan especial “impacto emocional” o implicación para los participantes en los Grupos de Discusión (G.D).

La secuencia metodológica de trabajo seguida se puede resumir de la siguiente forma:

- a). Escucha de la grabación y transcripción del discurso. La transcripción completa de los distintos G.D. se puede observar en el Anexo 9.
- b). Lectura repetida del texto observando en formato video cómo se inicia, como se desarrolla y como se termina (primer nivel de observación);
- c). Segunda lectura del texto, seleccionando aquellos significantes que se repiten, cadenas de discurso (diálogos entre varias personas concatenadas), frases peculiares y otros fenómenos en el dialogo grupal. Consecuencia de esto el texto queda marcado y se extraen los significantes y frases que parecen revelar lo esencial del discurso del grupo (Segundo nivel de Observación);
- d). Identificación de los aspectos “emergentes” del discurso, en forma de Categorías de Análisis. Tras este análisis, se han elaborado un cuadro resumen con las distintas categorías y subcategorías y fragmentos más relevantes respecto de cada una de ellas; cuadro que se puede encontrar en el apartado de Anexos.

7.1.1. Análisis de los Componentes de los Grupos De Discusión.

Un análisis de los rasgos de los distintos elementos que configuran los tres grupos de discusión abordados, serán útiles para posicionar nuestros resultados.

De los 48 invitados seleccionados por su interés participativo en la discusión, y cuatro grupos planificados, solamente se llevaron a cabo tres, con la presencia de 26 personas, distribuidas en dos grupos de ocho personas y un

grupo de diez. En la tabla anexa se atienden a las principales variables demográficas a tener en cuenta.

	hombres	mujeres	edad media	rango edad
G1 H Arcos	3	5	48	35-52
G2 H Arcos	0	8	41	36-48
G3 HUV Arrixaca	3	7	43	28-51

Tabla 12. Distribución de participantes en los Grupos Discusión.

7.1.2. Análisis de los Niveles de Observación de la Investigación.

1. “Primer Nivel de Observación”

De una forma genérica, los participantes en todos los grupos de discusión, son conocidos entre sí y en varios casos compañeros pertenecientes al mismo servicio. Tras la presentación del investigador y la exposición de los motivos, duración y funcionamiento de la técnica grupal, se aprecia inicialmente cierta reticencia a la participación ya que pesa en el colectivo el sentimiento de evaluación, mediante actitudes de defensa postural, retraimiento (brazos cruzados) y evitación de miradas. Y es que las actitudes manifestadas por los participantes al investigador, no recogidas en los informes y transcripciones reflejan sorpresa inicial y cierta sensación de evaluación emanada de la identificación del Investigador como un elemento ajeno al hospital.

Esta visión como evaluador de su actividad como tutores, y el hecho de pertenecer al colectivo docente por parte del Investigador (pese a identificarse como compañero, enfermero asistencial), hizo que inicialmente se mostrara cierta reticencia a la participación; de hecho las primeras intervenciones giraron en torno a aspectos reivindicativos y “solicitudes” por parte de los tutores, respecto a distintos temas que preocupan a los intervinientes. Es por ello, por lo que aquellos que toman la palabra en el inicio de las distintas conversaciones en los GD, utilizan expresiones, del tipo... *“yo quiero aprovechar...”* (E1G1), *“hay cuatro cosas que quiero decir... y ya me callo”* (E1G2).

Queremos destacar este aspecto sorprendente inicial despertado en los participantes a los grupos, que si bien acogen con satisfacción el interés mostrado

en su labor como “docentes en la clínica”, éste no deja de ser inusual ya que con frecuencia, como afirman algunos participantes, “nadie piensa en ellos”.

El motivo principal expuesto en todos los grupos, que sirve como inicio de la conversación fue *“conocer cuál es vuestra opinión sobre las prácticas, la relación con los alumnos, las relaciones con la universidad en general, nos da igual la UMU o la UCAM... que os motiva, y todo tipo de aspectos relacionados con las prácticas de los alumnos”*. Entre los aspectos que destacan, especialmente al inicio de las sesiones, es una ansiedad inicial, fruto como veremos posteriormente de la demanda de comunicación entre tutores y la institución educativa.

Tras estos primeros instantes, las relaciones que se establecen se vuelven fluidas, en un ambiente distendido y en ocasiones aturulladas en el dialogo, por participar varios a la vez, muestra quizás de la ansiedad por participar y añadir aspectos a la conversación.

2. Segundo Nivel de Observación.

En este nivel, atendemos al texto en sí, y a la selección de los mensajes más relevantes para los objetivos de nuestra investigación. De este modo obtuvimos una matriz entorno a distintos fragmentos interesantes para nuestra investigación. Estos fragmentos fueron agrupados por temáticas generales, de las cuales emanarán las categorías de análisis.

Se obtuvieron 142 fragmentos de distinta duración, extraídos de los aproximadamente 240 minutos de discursos transcritos, en los cuales podemos interpretar las consideraciones de los participantes para con nuestros objetivos de investigación. Estos fragmentos pueden ser consultados en el Anexo 10.

3. Tercer Nivel de Observación. Categorías y Dimensiones.

Una vez segmentado el corpus de datos e identificadas las unidades de significado y las primeras categorías, determinadas por los objetivos, se analizó la relevancia de las mismas, tomando como referencia los objetivos del estudio, descartando aquellas que no guardaban relación con los fines de la investigación.

Según iban apareciendo nuevas unidades de significado, las comparaba con las categorías existentes para incluirlas en alguna de ellas. Si esto no era posible,

formulaba una nueva categoría. Este proceso se complementa con la comparación simultánea entre categorías, lo que nos permitió reformular categorías, fusionar aquellas de contenidos.

Se dio por finalizado el proceso de categorización cuando se comprobó, en sucesivas lecturas de los datos, que no encontraba información nueva para incorporar a las categorías construidas ni para construir otras nuevas.

Cada una de las agrupaciones realizadas (unidades de significado, categorías y dimensiones cualitativas), se han codificado con tres, cuatro o cinco letras, que se correspondían en general con las iniciales de la idea contenida en cada una de las agrupaciones. Por ejemplo la categoría “VDE”, que recoge ideas relativas a la **Voluntad De Enseñar** de los tutores clínicos, expresadas por éstos o percibidas por el alumnado.

Tras alcanzar la saturación teórica, en el análisis de los tres grupos de discusión, y el establecimiento de los fragmentos relevantes, se agruparon en 47 Categorías de Análisis. La tabla adjunta muestra la codificación de las distintas Categorías de Análisis, así como la definición conceptual que la caracteriza.

	CÓDIGO	DEFINICIÓN CATEGORÍAS
1.	AGTUT	AGOTAMIENTO DEL TUTOR: Se recogen aquellos sentimientos e impresiones que el tutor vierte acerca del sentimiento de agotamiento y el burnout.
2.	ACR	EL ALUMNO COMO RECURSO. Recoge aquellas expresiones que describen situaciones en que el alumno deja de ser aprendiz para convertirse en un recurso humano para cuidar.
3.	BIE	BENEFICIOS DE LA INTERACCIÓN EDUCATIVA Se incluyen aquí las impresiones que aluden a los beneficios percibidos por la tutora gracias su actividad docente, ya sean por parte de la institución sanitaria, de la Universidad o del propio estudiante
4.	CAUSP	CAUSAS SUBJETIVAS PROBLEMAS PRÁCTICAS: Se recogen las impresiones sobre causas de la problemática diversa observada en la formación práctica.
5.	CB-AL	CARACTERÍSTICAS DEL BUEN ALUMNO: se recogen las manifestaciones relativas a las características consideradas deseables en el alumno en formación práctica.
6.	CONOBJ	CONOCIMIENTO-DESCONOCIMIENTO OBJETIVOS DE APRENDIZAJE: se recogen impresiones y opiniones vertidas en relación al conocimiento o desconocimiento de los objetivos planificados por la facultad de enfermería en

		relación a la formación práctica.
7.	CONMET	CONOCIMIENTO- DESCONOCIMIENTO METODOLOGIA DOCENTE PRACTICA: se recogen expresiones que relativas al conocimiento o desconocimiento de la metodología con que afrontar la docencia clínica.
8.	CP	CONCEPTUALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA: Posicionamiento ideológico-epistemológico de las prácticas clínicas de enfermería. Concepciones acerca de su valor y su posición en el currículo.
9.	CRITEVAL	CRITERIOS DE EVALUACIÓN: Recoge las impresiones de los tutores, acerca de la adecuación de los criterios y aspectos evaluados en el aprendizaje del alumno en su estancia práctica
10.	CTX-CA	CONTEXTO PARA CUIDAR Y APRENDER: Recoge la importancia del contexto para el desarrollo de los cuidados, la diversidad que existe y la exigencia de adaptación permanente que supone. Incluye, además, el análisis que hace el tutor sobre el contexto en el que él desarrolla su actividad asistencial, y cómo este contexto determina el proceso de enseñanza-aprendizaje del Cuidado
11.	CT/DOC	CARGA TRABAJO AFECTA DOCENCIA: recoge aquellas manifestaciones, que aluden al grado de afectación que representa la carga de trabajo asistencial en la dedicación docente al alumno en prácticas.
12.	DE	DESEO DE ENSEÑAR: Manifestaciones explícitas del tutor clínico, que hacen referencia a la motivación del tutor para la enseñanza de la práctica enfermera
13.	DIF-AL	DIFERENCIAS ENTRE ALUMNOS: Recoge impresiones que denotan los distintos tratos y actitudes a la hora de acoger alumnos de distintos cursos o con distintos niveles de competencia.
14.	DMT/AL	DEMANDAS PARA CON LOS ALUMNOS: Manifestaciones explícitas del tutor clínico, que hacen referencia a la motivación del tutor para la enseñanza de la práctica enfermera
15.	DOC/CT	DOCENCIA AFECTA CARGA TRABAJO: Se incluyen las manifestaciones que hacen referencia a cómo asumir alumnos en prácticas repercute en la carga asistencial, positiva o negativamente.
16.	DOC-EVAL	DOCUMENTOS EVALUACION. Se recogen las impresiones de los tutores respecto a la adecuación de los documentos de los que disponen para evaluar el proceso de aprendizaje del alumno
17.	DSMTUT	DESMOTIVACION TUTOR: Recoge todos los motivos argumentados en contra de ser tutor.
18.	EMT/AL	EMPATIA TUTOR-ALUMNO: Recoge impresiones que denoten sentimientos de empatía y protección del tutor para con el alumno.
19.	ESDEM	ESTILO DE ENSEÑANZA BASADA EN LA DEMOSTRACIÓN: Se incluye en este código aquellas expresiones que hacen referencia a las estrategias docentes de carácter demostrativo y acrítico empleadas por el tutor clínico en su actividad como educador, en las que la participación del alumno se centra en la observación de la actividad.
20.	ESTRA	ESTILO DE ENSEÑANZA BASADA EN LA TRANSMISIÓN: Se incluye en este código aquellas impresiones que hacen referencia a las estrategias docentes de

CAPÍTULO VII. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN. 275

		carácter transmisivo y acrítico empleadas por el tutor clínico en su actividad como formador
21.	DIF-AL	DIFERENCIAS ENTRE ALUMNOS: se recogen aquellas impresiones del tutor respecto al distinto trato dado a los alumnos en base a su grado de conocimientos y pertenencia a distintos cursos académicos.
22.	DMT/AL	DEMANDAS DEL TUTOR PARA CON EL ALUMNO: Recoge impresiones que el tutor expresa para con el alumno y su comportamiento en las prácticas
23.	FORTUT	FORMACIÓN COMO TUTOR: Recoge aquellos aspectos que expresen la formación recibida o realizada en post de la labor como tutor exclusivamente, ya fuera de forma voluntaria o de forma obligada.
24.	IMPL-EVAL	IMPLICACION DEL TUTOR EN LAS LABORES DE EVALUACION: Recoge las impresiones de los tutores sobre su participación en las labores de evaluación de los aprendizajes de los alumnos que realizan la formación práctica
25.	INCTT	INCONVENIENTES DE SER TUTOR: Recoge las expresiones de los tutores derivadas de la presencia de alumnos y su labor como docente clínico.
26.	INLTT	INCENTIVOS LABOR TUTOR. Recogen las expresiones relativas a los incentivos demandados para ser tutor.
27.	MASIF	MASIFICACIÓN DE LA FORMACIÓN ENFERMERÍA: expresiones realizadas por los tutores en el sentido de expresar la excesiva presencia de alumnos en formación en los servicios de prácticas.
28.	MET-INT	METODOLOGIA INTUITIVA: señala aquellas manifestaciones donde el tutor explícita o implícitamente reconoce realizar formación de sus alumnos siguiendo criterios intuitivos y según su experiencia
29.	N/DMTT	NECESIDADES/DEMANDAS DE LOS TUTORES: Conjunto de sentimientos y expectativas expresadas por los tutores clínicos en torno a sus necesidades a las que otorga un gran impacto para su motivación a la enseñanza. Carencias manifestadas por los tutores clínicos en relación con el desempeño del rol docente
30.	NOTUT	NO -TUTOR: expresiones que reconocen la existencia de profesionales de enfermería que no quieren ser tutor.
31.	OBLTUT	OBLIGACION SER TUTOR: Se recogen aquellas expresiones relativas a la obligación moral-etica para ser tutor.
32.	OE	OTROS EDUCADORES: Atiende a aquellas expresiones que hacen referencia a la influencia de otras personas que interactúan con el estudiante en el escenario de prácticas y que, sin ser referentes, le procuran oportunidades de aprendizaje que completan su formación y desarrollo como futuro profesional.
33.	OP	ORGANIZACIÓN PRACTICAS: Se recogen aquellas impresiones que los tutores expresan en relación a la duración, distribución y turnos de las practicas (noches y festivos)
34.	PRE-CAST	ASPECTOS PREMIADOS O CASTIGADOS POR LOS TUTORES: se recogen aquellas expresiones que los tutores recompensan o castigan en el comportamiento de sus alumnos; aspectos no recogidos en las valoraciones formales pero que condiciona la relación y la evaluación del alumno.

35.	PRETEO	PREPARACIÓN TEORICA DEL ALUMNO EN PRÁCTICAS: Se recogen las impresiones de los tutores o los alumnos para con los conocimientos con la que afrontan el periodo práctico.
36.	PROTUT	PROPUESTA TUTOR: Se recogen expresiones relevantes a quien propuso ser tutor.
37.	RET/P	RELACION TEORIA-PRACTICA: Se describen las vinculaciones que se dan entre conocimientos teóricos y prácticos, el peso de una sobre otra.
38.	RT/TF	RELACION TUTOR- TUTOR FACULTAD: Se recogen las manifestaciones de los tutores respecto a la relación con los responsables de la practicas de las distintas facultades
39.	RSUP/TF	RELACIÓN SUPERVISOR UNIDAD-TUTOR FACULTAD: expresa las relaciones que según los tutores, existen entre el Supervisor de la Unidad y los Tutores de las Facultades.
40.	RT/AL	RELACION TUTOR-ALUMNO: Se incluyen aquellas expresiones que caracterizan la relación entre el tutor y el alumno durante su periodo de prácticas.
41.	RT/SUP	RELACION TUTOR-SUPERVISOR UNIDAD: Se recogen aquellas manifestaciones donde se aprecia la relación en lo que a la docencia se refiere, entere el Supervisor de la Unidad Asistencial y el tutor.
42.	RT/CD	RELACIÓN TUTOR-COORD DOCENCIA: Se recogen las impresiones respecto a la relación con los coordinadores de docencia de los hospitales
43.	RAL/AUX	RELACIÓN ALUMNO-AUXILIAR: se recogen las impresiones acerca de la figura del Auxiliar de Enfermería como formador del alumno en prácticas
44.	SEGAL	SEGUIMIENTO DEL ALUMNO: Atiende a aquellas prácticas tutoriales donde se prima el seguimiento y no dejar solo al alumno
45.	VALFPR	VALORACIÓN DE LA FORMACIÓN PRÁCTICA. Recoge la valoración que el tutor hace de la formación práctica para el aprendizaje del cuidado, en el conjunto del Currículum de Enfermería
46.	VIGAL	VIGILANCIA DEL ALUMNO: Atiende a aquellas prácticas tutoriales donde la vigilancia prima como valor formativo, en post de la seguridad del paciente o del alumno
47.	VOLENS	VOLUNTAD DE ENSEÑAR: Recoge expresiones sobre la aceptación manifiesta del rol docente por parte del tutor clínico, al margen del contexto más o menos favorecedor en el que se desarrolle la interacción con el estudiante

Tabla 13. Categorías emergidas tras el análisis del discurso de los Grupos de Discusión.

Después de un proceso de comparación intercategorías en el que se buscaron similitudes estructurales, teóricas y elementos comunes, han emergido ocho Metacategorías o Dimensiones en torno a las cuales se han agrupado todas las Categorías de Análisis encontradas. Ha sido preciso, la disgregación de las Dimensiones en distintas Subdimensiones, con el fin de agrupar bajo la misma temática, aspectos con notables diferenciaciones de concepto.

CAPÍTULO VII. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN. 277

La agrupación de categorías en Metacategorías fue más bien inductiva, dando lugar a una síntesis de la información más estructurada. De manera simultánea a la agrupación y a la búsqueda de relaciones de las categorías que constituyeron cada una de las Metacategorías o Dimensiones se procedió a establecer una definición para cada una de estas últimas, las cuales quedan reflejadas en la siguiente matriz de definiciones:

DEFINICION DIMENSIONES	SUBDIM	CAT INCL.
ENTORNO DE APRENDIZAJE CLÍNICO. Las categorías recogidas aluden a la influencia del entorno clínico en la Formación Práctica, entendiendo por entorno, aquellos elementos del contexto que influyen en el aprendizaje: personas (pacientes, otros profesionales, etc.), contexto clínico, situaciones emocionales, etc.	Contexto	CTX-CA
	Otros profesionales	OE
	Relación	CT/DOC
	Tutorización-Carga Trabajo	DOC/CT
ORGANIZACIÓN DE PRÁCTICAS. Recoge aquellas categorías que aluden a los aspectos derivados de la organización y estructuración de los horarios y estancias de los alumnos en los servicios.		OP CAUSP
METODOLOGÍA DOCENTE: Se recogen las manifestaciones relacionadas con las formas de enseñar por parte de los tutores para con los alumnos.	Metodología Docente	ENTRA ENDEM CONOBJ CONMET MET-INT
	Tutorización Defensiva	SEGAL VIGAL
RELACION CON LOS ACTORES DEL PRACTICUM. Se presentan todas aquellas categorías de análisis donde se aprecia la relación entre los distintos actores que toman partido en la formación práctica, como son Tutor, Alumno, Tutor de Facultad, Supervisor de Unidad, Coordinador de Docencia, Otros profesionales como el personal de Auxiliar de Enfermería.	Rel Tut Fac	RT/TF
	Rel Alumno	RT/AL EMT/AL DMT/AL CB-AL DIF -AL.
	Rel Super	RT/SUP
	Rel Otros	RT/CD RAL/AUX RSUP/TF

278. ANDRÉS ROJO ROJO.

CREENCIAS. Se aglutinan todas aquellas categorías que hacen referencia a las impresiones arraigadas en el pensamiento de los Tutores, en relación a la Formación en Enfermería en general y en la Formación Práctica en particular.	Relación Teoría-Práctica	RET/P PRETEO
	Valor formativo prácticas	VALFPR CP
	Masificación	MASIF
REQUISITOS PARA SER TUTOR. Esta Dimensión alude a los requisitos percibidos para ser tutor, así como aquellos procesos selectivos llevados a cabo para ejercer la labor tutorial.	Requisitos para ser tutor	DE OBLTUT VOLENS
	Propuesta ser tutor	PROTUT
	Formación Docente Tutor	FORTUT
MOTIVACIONES PARA LA TUTORIZACION: Expresiones que recogen las razones para ser (motivaciones) o no ser tutor (desmotivaciones), Tutor, así como las demandas percibidas por éstos como una forma de mejorar la acción tutorial y hacerla más atractiva para el profesional	Mot Intrin	ACR INLTT BIE
	Motivaciones	DE
	Mot Extrin	BIE
	Desmot/ quemado Tutor	AGTUT INCTT NOTUT
Necesidades o demandas	N/DMTT	
ROL EVALUATIVO TUTOR. Alude a las categorías que atienden a la función evaluativa propia de los tutores para con los alumnos ya sea formal o informalmente., así como las impresiones de los mismos para con el proceso llevado a cabo.	Documentación Evaluación	DOC-EVAL
	Aspectos a Evaluar	CRITEVAL
	Implicación Evaluación	IMPL-EV
	Aspectos premiados-castigados	PRE-CAST

Tabla 24. Definición de Metacategorías o Dimensiones de los Grupos de Discusión.

7.2. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

Tras la extracción detallada de las categorías, subcategorías y unidades de análisis, podemos analizar y discutir la información aportada por los

participantes en los grupos. Para ello, en post de una mejor organización del lector, los agrupamos entorno a las Dimensiones encontradas.

A. VALORACIÓN DEL ENTORNO CLINICO DEL TUTOR COMO ADECUADO PARA LA REALIZACION DE PRÁCTICAS CLINICAS.

Los tutores consideran que en general los entornos son adecuados para hacer prácticas. Esta adecuación podemos interpretar que se encuentra vinculada a la posibilidad de que en él los alumnos realicen técnicas y cuidados, donde el alumno puede poner en práctica sus habilidades clínicas, manteniendo un contacto con los pacientes y/o la familia. Otros aspectos de adecuación del entorno, como la posibilidad del cumplimiento de objetivos, clima anímico apropiado, etc. no han aparecido como categorías, pese a ser aspectos contemplados en la bibliografía como influyentes en el proceso de aprendizaje del alumno en formación práctica.

Durante la estancia en los entornos clínicos, los tutores consideran como adecuado, aquel donde el alumno puede poner en práctica las habilidades características de la profesión, limitándose ésta al contacto directo con el paciente. Se potencia por tanto el contacto con el paciente y la familia, así como la posibilidad de perfeccionar o adquirir las habilidades y razonamiento clínicos propios de los profesionales asistenciales. Un entorno adecuado para realizar prácticas clínicas para los tutores por tanto, es aquel en el que el contacto con el paciente, es factible.

“... que toquen al paciente, es decir..., tienen que aprender a tocar al paciente y al paciente se le toca aseándolo, haciéndole cambios posturales...” E2G2

Esta visión es compartida en parte por los alumnos, quienes en propias palabras de los entrevistados, manifiestan una ambición desmedida por la realización de técnicas y el perfeccionamiento o adquisición de habilidades técnicas.

“...sobre todo los alumnos de nueva... que acaban de llegar, evidentemente ellos quieren pinchar, ellos quieren ya coger vías, que yo lo entiendo, pero, tienen que aprender a tocar al paciente..., en nuestra planta las primeras/segundas semanas se les manda siempre con las compañeras auxiliares para que toquen al paciente”. E2G2

280. ANDRÉS ROJO ROJO.

"...el de primeras prácticas tiene mucho interés en adquirir las cosas de las técnicas y menos precia quizás un poco el cuidado básico. El dar de comer, el hacer un aseo, el ayudarlo a levantarse y están muy preocupados por la pericia..." E3G1

Según lo dicho, aquellos entornos donde los alumnos no tienen la posibilidad de realizar técnicas o aplicar cuidados directos sobre pacientes son considerados como no adecuados o poco satisfactorios para la formación práctica. En dichos entornos (donde no se aplican técnicas directamente a los pacientes), los alumnos manifiestan su deseo de cambiarse de servicio de prácticas, algo que habitualmente no está permitido por la lógica organizativa de la asignatura, siendo a difícil realizar cambios de servicio de prácticas una vez iniciadas las mismas.

No obstante, algunos objetivos planteados en la formación práctica, exceden bajo las impresiones de los tutores, los objetivos que se pueden conseguir, o que los alumnos pueden realizar en la estancia en sus unidades, relacionado esto por aspectos como la sobrecarga asistencial del servicio.

"Nuestro sistema de trabajo, vamos como locos, con sobrecarga de trabajo, y hay ciertas cosas que no se pueden llevar a cabo, de ninguna manera" E3G3

"... hay que cambiar los objetivos, porque no se pueden dar lo que piden... como voy yo a poner a coger, o curar... vías centrales si en mi planta no hay de eso...." E5G2

Impresiones como éstas nos manifiestan el grado en que la sobrecarga de trabajo de los profesionales en las unidades asistenciales, afecta al grado de atención que éstos les prestan y al logro de los objetivos propuestos.

En situaciones donde los alumnos no puedan cumplir los objetivos, por ser unidades no vinculadas directamente con la actividad asistencial, los tutores muestran actitudes proclives a la movilidad del alumno, (lo que denota igualmente cierto grado de empatía con él), hacia entornos más motivantes y donde se considera que "se puede aprender más". Es lo que sucede por ejemplo con los servicios de Radiología, donde recogemos testimonios como éste:

"...hay algunos alumnos que a la semana de estar aquí me dicen que, para que están aquí"... "...digo a mi me da igual, yo se que la radiología es una cosa que visto una vez como se hace un escáner y tal, comprobar la vía, vigilar la extravasación,... es siempre

lo mismo... y claro el alumno querrá aprender a sondar, a coger una vía...yo lo entiendo; pues yo les doy las puertas abiertas y no tengo ningún problema en que se vayan a otro servicio y yo luego les firmo". E1G1.

Uno de los aspectos mostrados por los participantes, es la relación de los alumnos con otros profesionales, configurando éstos un pilar fundamental de la formación del alumno de enfermería. En particular aparece la figura del Auxiliar de Enfermería como un referente formativo para el alumno, especialmente en las primeras materias de formación práctica.

"...en nuestra planta las primeras/segundas semanas se les manda siempre con las compañeras auxiliares para que toquen al paciente."E2G2

"...interesa que las primeras semanas se vayan con las compañeras auxiliares que van a aprender un montón a tocar al paciente..."E2G2

"...yo procuro que no estén ahí, sino que estén haciendo cuidados básicos con los auxiliares y si es posible con los enfermeros y enfermeras, y si no es posible que los enfermeros estén con las auxiliares, porque nos tienen con una cadencia a un ordenador enganchados pues estén con los auxiliares las primeras semanas, supervisando nosotros, y que después vayan introduciéndose pues en esas otras cosas de la pericia técnica..."E3G1

Como apreciamos en este testimonio, además del grado de destreza práctica del alumno, uno de los aspectos que también influye en el tutor "delegue" la formación de los alumnos en los auxiliares, es la carga de trabajo que presentan los profesionales; tareas que en esos momentos, no consideran a los alumnos capaces de hacer u observar, por lo que son derivados a realizar cuidados básicos con el personal auxiliar de enfermería.

B. ORGANIZACIÓN DE LA FORMACIÓN PRACTICA-PRACTICUM

Respecto a la Organización de las Prácticas, en todos los grupos han surgido conversaciones al respecto de la poca adecuación o las necesidades de mejora de algunos aspectos organizativos de las estancias de los alumnos, centrándose estas críticas en aspectos como la *Cercanía del Hospital al lugar de residencia del alumno*, y la *turnicidad inadecuada*, especialmente de la realización de turnos de noche.

"...a mí me parece una canallada que un alumno de Murcia venga a Los Arcos a hacer las prácticas y la gente del Mar Menor los manden a Murcia,..." E1G2

282. ANDRÉS ROJO ROJO.

En lo que respecta a la realización de prácticas en jornada nocturna (turnicidad inadecuada), los tutores consideran que ésta se debe a la presencia de muchos alumnos en formación práctica, a la “masificación” que se está produciendo en la formación de Enfermería en la Comunidad Autónoma de Murcia. Esta masificación, a su juicio es la causa de se deban realizar horas prácticas en horario nocturno en los servicios; siendo éstas horas “improductivas”. Esto nos da una idea de la impresión acerca de lo que significa hacer prácticas para los tutores; hacer prácticas, el sentido principal para los tutores, es actuar sobre el paciente; puesto que en jornada nocturna, el paciente duerme (habitualmente en los servicios de hospitalización y cirugía), no tiene sentido que realicen las prácticas en jornada nocturna, porque “no van a aprender nada”.

“se están metiendo así como a golpe, se ve, se palpa que no hay posibilidad de gestionarlo de otra manera, es decir se están metiendo de golpe horas vacías,... porque no se saca provecho de esas horas, pero ellos tienen que cumplir su expediente, porque las pagan y por lo tanto tienen que hacerlas, da igual fin de semana que noches, que lo que sea...” E1G3

“son horas que no son productivas para el alumno, es más yo creo personalmente que hay tardes que casi tampoco, pero bueno,... Pero creo que las practicas mejor por las mañanas, como antiguamente cuando yo estudie enfermería, solamente las practicas eran por la mañana de lunes a viernes por la mañana y luego las tardes clases....” E3G3

En ambas críticas se aprecia un componente de empatía para con el alumno, en el sentido de lo que mueve a los participantes a emitir estas críticas son los sentimientos de perjuicio hacia los mismos, por suponer riesgos en los desplazamientos, o por no aprovechar las prácticas en todo su potencial.

“... me parece fatal que manden a los alumnos a la otra punta de la región a hacer prácticas cuando para mí se debería priorizar la cercanía al hospital... como cuando yo hice prácticas”. E1G2

“... ellos tienen que hacer las prácticas que les exigen... no tienen la culpa de venir en horario nocturno...” E1G3

C. MOTIVACIONES.

Uno de los aspectos más llamativos, son las expresiones ambiguas hacia el rol de tutor que expresan los componentes de los distintos grupos, puesto que si bien afirman que la tutorización les aporta aspectos positivos como posibilidad de reciclajes en técnicas y actualización de conocimientos, perfeccionamiento de la propia práctica, otros manifiestan una creciente desmotivación y malestar con el rol docente.

De una forma inicial, y como no podía ser menos, el componente “altruista” aparece, al recogerse impresiones como:

“... indudablemente si sigo siendo tutor es porque me gusta tener alumnos....”
E3G1

“soy tutor...porque te gusta la docencia y porque te gustaría que la enfermería siguiera hacia adelante.” E4G1

Entre las motivaciones que encontramos, las podemos calificar de “Motivaciones Intrínsecas” como aquellas donde el beneficio o lo que mueve al profesional a ejercer como tutor, son aspectos intangibles, y aquellas que llamamos “Motivaciones Extrínsecas”, donde se aprecia una recompensa tangible.

Respecto a las **Motivaciones Intrínsecas** encontramos sentimientos “instrumentales” respecto a que formar al alumno puede repercutir en la actividad asistencial del tutor, ya sea actualmente o en el futuro. De forma que encontramos expresiones como

“... es que cuando cojo un alumno pienso que mañana puede ser mi compañero... entonces si invierto un poco en esa formación... digamos que luego la recompensa será que tendré un buen compañero”. E4G1

“...me interesa formarlos bien para que después me alivien un poquito...”. E3G1

Este componente “instrumental” del alumno en prácticas no es nada nuevo, pues como vimos en los capítulos anteriores, la Enfermería siempre ha visto en los alumnos en formación, especialmente aquellos de cursos superiores, considerados suficientemente capaces de realizar las labores de enfermería con seguridad, una “mano de obra barata”, y así lo recogen testimonios como éste:

284. ANDRÉS ROJO ROJO.

“...cuando eran ATS que hacían primero segundo y tercero, estaban internas y en primero hacían una zona en segundo hacían otra, y en tercero se tiraban todo el año... y no de prácticas, sino trabajando de verdad...” E3G3

Esta idea de apoyo en la labor asistencial, es un motivo por el que los alumnos de cursos superiores “acogidos” con más “ánimo docente” que aquellos de segundo curso (Primer Practicum). Es más, una de las principales demandas de los tutores es un mayor periodo de prácticas por parte de los alumnos, en parte motivado por una mayor estancia en los servicios, puesto que éstos los abandonan cuando realmente dominan las dinámicas del mismo.

Otra de las motivaciones que podemos considerar intrínsecas, son la derivada de aumentar la formación y el conocimiento profesional a través de la relación con el alumno, puesto que a través de ellos, el tutor, se mantiene al día de aspectos “novedosos” de la profesión.

“... muchas veces aprovecho que vienen los alumnos en prácticas, que están bien formados para aprender yo ... es como un acuerdo... yo te voy a enseñar a coger una vía, pero tú me tienes que contar... esas cosas nuevas”. E2G1

“... yo me puedo poner al día de cosas que me dicen los alumnos...” E1G3

Finalmente entre las motivaciones intrínsecas aparece el componente emotivo de participar en la formación de compañeros, lo que denominamos “orgullo docente”.

“... la mayor recompensa es que luego vengan cuando están trabajando... y dices mira esa ha sido mi alumna... y piensas anda no ha sido tan mal el tiempo empleado...” E1G1

Respecto a las “**Motivaciones Extrínsecas**”, hemos de señalar que no todos son conscientes de los “beneficios”, “prebendas” o “contraprestaciones” de las que pueden disfrutar por ser tutor, lo que nos da una idea de la falta de información de los mismos y la responsabilidad de las unidades docentes para con ellos. Este hecho es sentido en todos los grupos, y no solo afecta al desconocimiento sobre los detalles de las recompensas, sino a aspectos más tangibles como la localización de los bienes materiales que se adquieren con el dinero que se destina desde las universidades a las unidades docentes de los hospitales (cámaras de fotos, cámaras de video, ordenadores portátiles...), así

como los distintos recursos bibliográficos o accesos e inscripciones a congresos que pudieran serles de interés.

“...hay una cámara de fotos. Pues yo no sabía nada de eso... pues me acabo de enterar... ves.... Yo no sabía nada...”E1G2

“...si es que no sabemos nada nunca... no nos informa de nada nunca... yo he tenido que estar haciendo fotos con mi móvil de cosas del trabajo,... Curas y eso...si yo se que esta la cámara esa... la hubiese pedido... pero como nadie dice nada...”E1G2

Como muestra de este desconocimiento por parte de los tutores, son parte de las demandas que en este sentido surgieron en los grupos de discusión, donde se solicitaba el reconocimiento de la formación en los distintos concursos de oposición, bolsas de trabajo etc., Este aspecto está recogido desde el año 2010 en distintos reglamentos de las organizaciones sanitarias.

“Una cosa que yo si motivaría es que esos diplomicas que dan para el curriculum vitae, les suponga puntos para la bolsa de trabajo, oposiciones para los eventuales”.E3G2

Uno de los aspectos principales de los Grupos de Discusión, fue tratar de averiguar el grado de **“Desmotivación”** y los factores causantes. En este sentido, la desmotivación se hace patente, especialmente por el poco peso que se concede a las motivaciones extrínsecas, y el carácter poco tangible de las motivaciones intrínsecas. Entre los aspectos que generan desmotivación aparece el exceso de alumno o la ausencia de descanso que tienen los tutores, apareciendo calificativos, como *“cansado”, “saturado”, “quemado”,* etc.

“Otra cosa es el agotamiento psicológico.... de un alumno a otro no hay espacio, es agotador, un alumno otro y otro... tú crees que puedo estar motivado a querer enseñar, si es que me agobian, me agotan...” E1G3

“...es que veces en que ves que esta la gente saturada... saturada de estar con alumnos,...y alguna recompensa no estaría mal...” E2G2

Otro de los factores identificados en los discursos, acerca de factores causantes de la desmotivación en el escaso peso o transcendencia que se le concede a las contraprestaciones dadas por ser tutor. A este factor, característico, se le añade la idea del *“alumno como carga”,* suponiendo esto uno de los inconvenientes de la labor como tutor, como muestra este testimonio.

286. ANDRÉS ROJO ROJO.

“...motivación para ser tutor Cero... nadie tiene gana de ser tutor... no, porque como ya han comentado... no te dan nada, y los alumnos interfiere en el trabajo y tal...” E1G2.

Y es que la visión del alumno como carga, está presente en los discursos de varios participantes; asumir la formación práctica de un alumno supone en ocasiones una “carga” añadida a la labor asistencial, afectando a la misma, y retrasando la labor asistencial razón principal del trabajo de enfermería en los servicios hospitalarios, como muestran expresiones como

“...para mí al principio un alumno me quita mucho tiempo... tener que explicarlo todo... lo que hago en cinco minutos, tardo diez...” E4G1.

“... a mí me supone un esfuerzo a la hora de trabajar, siempre vas más lento con el alumno...” E5G3.

Como consecuencia de la escasa relevancia que conceden a las motivaciones extrínsecas, los tutores manifiestan una serie de **Demandas** en relación a la “contraprestación” por realizar su labor docente. Y es que si bien, la reivindicación monetaria, está presente, siempre desvinculando la actividad tutorial de la actividad asistencial.

“...si yo me dedico a la docencia, se me paga por docencia...” E1G3

No obstante, este tipo de reivindicaciones monetarias son limitadas, quedándose en impresiones particulares, no compartidas por el resto del grupo; y es que en general se asume que la situación económica actual, impide que se obtenga remuneración económica por prestar horas de docencia clínica, así como el inconveniente de quién es el que debe hacerse cargo de la prestación: la institución asistencial a la que pertenecen o la institución docente a la que pertenecen los alumnos.

“...hombre económicamente en estos tiempos no creo que nos lo van a dar...” E3G1

“...yo dinero no te voy a pedir pero quiero que se me reconozca como docencia porque a mí me interesa para las oposiciones, y todo el rollo, que se me reconozcan créditos de docente...” E4G3

Pese a que los aspectos económicos pasan a un segundo plano, aparecen otras reivindicaciones que pueden ser tenidas en cuenta, como por ejemplo una contraprestación de las horas de docencia realizadas en forma de horas libres,

destinables a aspectos relacionados con la propia docencia, como por ejemplo asistir a seminarios, o realizar cursos de formación asistencial.

“... estaría bien, que nos quitaran horas de trabajo para hablar de cómo hacer las cosas,... yo quiero unos días que no tenga labor asistencial y esté de docencia, contigo, o con otro profesor... y que me digan cómo hacer las cosas” E4G1.

“... que tuviéramos horas libres de trabajo, en nuestro horario, para hacer tus reuniones periódicas, con los alumnos enseñarles cosas que estén espesas...” E6G3

“...hemos tenido tantos créditos con tantos alumnos, queremos que eso se traduzca en una reducción de la carga asistencial en días libres, no para irme al cine, sino para ir a la universidad, que ese día...ver cosas... y que no tenga que sacarlo de mi tiempo, sino de tiempo de aquí... porque eso va a redundar en la formación de los alumnos...”E3G1

“...si no es más que son dos mañanas que nos puedan quitar, esa mañana que nos toque trabajar, vamos a la universidad y poder asistir a un seminario de simulación de esos... no queremos invitaciones... queremos transmisión de horas de asistencia a docencia”. E3G1

Atender a estas demandas, y ofrecer un sentimiento de reconocimiento desde todos los estratos (asistenciales y docentes) a la labor llevada a cabo por los tutores, podría suponer un aumento de la satisfacción y motivaciones para realizar las labores propias de la función tutorial. Este reconocimiento se focaliza en las conexiones Tutor Facultad- Tutor Asistencial. Así lo manifiestan testimonios como éste:

“yo creo que si los tutores nos sintiéramos reconocidos eso nos estimularía, encima reuniones periódicas con sus tal, tal, y tal, con sesiones de trabajo, como van los alumnos, pero no así.... que ya no solamente económicamente que nos dieran remuneración”. E5G3

D. METODOLOGÍA DOCENTE

En lo que respecta a la Metodología Docente, y el aspecto más puramente formativa del profesional de enfermería en su rol como tutor, podemos observar que los tutores asumen la responsabilidad de la formación de alumnos bajo el propio criterio que ellos tienen respecto a lo que debería ser las prácticas del alumno y el grado de preparación técnica, teórica y personal, que el alumno

muestra. De este modo es el propio tutor quien decide que actividades debe realizar y que no, así como el “cronograma” de las mismas.

“... intentamos que no se agobien, con la farmacología, porque en Medicina Interna hay mucha farma y se asustan mucho cuando empiezan a ver bolsas de medicación con nombres impronunciados, de medicación IV que quizás no han visto en la teoría...” E2G1

“...ellos quieren pinchar, coger vías, ... que yo lo entiendo... pero tienen que aprender a tocar al paciente y al paciente se le toca al paciente aseándolo, haciendo cambios posturales, haciendo funciones de auxiliar...” E1G2

Así pues, independientemente de los **Objetivos** que los alumnos presenten para cumplir durante sus estancias en los servicios hospitalarios o de las demandas que planteen los propios alumnos, son los propios tutores, quienes marcan la hoja de ruta de la formación práctica. Así pues, el Tutor es quien guía la formación práctica, y no tanto las demandas de los alumnos o los objetivos docentes; es el criterio del tutor, su experiencia personal y la concepción él tiene sobre lo que debería enseñarse, lo que influye sobre la experiencia práctica del alumno.

Con frecuencia los tutores desconocen los objetivos propuestos para la formación práctica, pudiendo ser ésta una explicación a la labor “independiente” a la hora de marcar las pautas y objetivos a “aprender” por parte del alumno.

“...eso (los objetivos), viene en el catálogo que te manda la universidad....yo tampoco lo sabía hasta que lo leí...”E2G1

“El catálogo de la universidad,...a mí no me llegó...o no he hecho nada... a mí me llegó lo que me trajo la chica al final (cuaderno de evaluación)...”E3G1

Y no solamente desconocen la existencia de un documento, sino también quien es el responsable de hacérselo llegar, o de qué manera acceder a él. No obstante, los tutores reconocen la necesidad del conocimiento de éstos objetivos, como una forma de orientarlos en su quehacer como tutor, que enseñar y que no enseñar. El no conocer los objetivos genera sentimientos de incertidumbre.

“...es el primer año que tengo alumno para mí...he notado muchas carencias... yo no sabía lo que tenía que enseñarle... y eso agobia.” E3G1

“...pero no sé qué saben, o que han dado en la teoría...para mí era muy deficiente que no tengamos comunicación de lo que yo tenía que aportar a ella (la alumna)”E3G1

“...yo no puedo hacer una cosa, si no se lo que esperan de mi...”E4G1

“Tiene que hacer una unificación de criterios para que todos los tutores digamos lo mismo y no cada uno lo haga a su manera, y el alumno se vuelve loco, tendría que haber una unificación unos criterios a seguir, unas pautas, y a partir de ahí” E4G3

Respecto al modelo tutorial, los profesionales de enfermería, consideran que la forma en que sus alumnos deben hacer prácticas es *junto a ellos*, siguiendo un modelo demostrativo-observativo, tradicional en formación práctica de ciencias biomédicas. Una de las principales justificaciones para esta conducta es la **seguridad del paciente**. Es por ello por lo que se aseguran de que un alumno sabe dominar una técnica o cuidado, para dejar cierta libertad de acción al alumno al respecto; igualmente, esta actitud de “protección” para con el paciente, es la que podría explicar el hecho de que deleguen actividades rutinarias y con exención de riesgos para el paciente en los alumnos.

“...el alumno tiene que ir pegado al tutor, para todo; si hay mucho trabajo, pues el pegado... y si no se puede explicar en ese momento pues se lo explicas más tarde... yo no dejo solo a un alumno en ningún momento... No, porque se pincha sacando sangre, o hace alguna pifia y de quien es la responsabilidad?... tuya... y como tú no estabas ahí con él...” E3G1

Como se aprecia en este comentario de uno de los participantes en un grupo de discusión, dos elementos entran en juego como posible justificación a la conducta de “sobreprotección”, como son la seguridad del alumno, y las posibles repercusiones para sí mismo, de un error del alumno a la hora de realizar una técnica o cuidados.

Según las afirmaciones de los participantes, aprecia que esta actitud protectora o vigilante, varia progresivamente con respecto al grado de conocimientos que se conocen o se presuponen del alumno, en el sentido de que los profesionales distinguen y tienen actitudes diferentes entre los alumnos de primer periodo de prácticas (segundo curso) y de ultimo (cuarto curso).

“... si es de primero tienes que estar con él desde que entra hasta que sale para no elevar la mortalidad del hospital...” E2G1

“...si a mí me llegan de cuarto... los pongo a coger vías desde el principio y se le explican las cosas como si fuera un trabajador más,... ahora eso sí, supervisado porque el responsable soy yo”. E1G1.

290. ANDRÉS ROJO ROJO.

"... yo los dejo sueltos cuando ves que por lo menos una vez tienen un poco de destreza..."E4G1

"...cuando lo vas viendo suelto, le das más cosas para hacer... me despreocupo si lo mando a hacer algo...ya no tengo que estar encima... vigilando..."E4G1.

"...no entiendo cuando algunos compañeros los dejan solos y les dicen... corre a hacer eso..."E2G1

"...que el que paga los platos rotos si la caga soy yo..."E3G1

Por tanto, como se observa, uno de los valores que se supone al buen tutor, y que se considera una función o condición implícita en el rol de tutor, es la "vigilancia" de las actividades del alumno; función que choca directamente con el valor docente de la "autonomía" del alumno y el "aprendizaje experiencial". Es lo que nosotros hemos catalogado como "tutorización defensiva".

Uno de los principales pilares en los que se asienta la labor docente del profesional de enfermería es en mostrar la realización de las tareas de un modo explicativo inicialmente para en un segundo momento mostrar cómo se hace. Y tras una serie de repeticiones dejar que el alumno lo realice delante del tutor. Es en base a la pericia, seguridad y destreza mostradas por el alumno, el tutor, irá concediendo más autonomía progresivamente al alumno en la realización de esta tarea. De un modo similar a como se enseña la realización de las tareas a un profesional novel.

"... la gente yo creo que pecamos de que no sabemos explicar... queremos que vayan a nuestro ritmo como nosotros... venga,.. haz esto... toma la tensión.."E1G2

Esta fase explicativa que inicia todo el proceso de práctica, el alumno asume la información que el tutor le proporciona de forma "acrítica", en el sentido de que esta información con frecuencia es dada por el conocimiento que posee el tutor de esta técnica, actividad o cuidado, sin contrastar con una fuente fidedigna. De esta forma el alumno "confía" y toma como cierto lo que el tutor le dice, con el riesgo que esto supone, por poder ser una información, parcial, sesgada, desactualizada o errónea. Es lo que los propios tutores reconocen al afirmar

"... los alumnos tienen que fiarse de mi palabra... y estoy harto de enseñar por imitación..."E2G1.

“... los alumnos tienen que fiarse de nosotros de lo que les decimos, porque no tenemos manera documental de enseñarle una base de datos... y demostrarle que el sondaje puede hacerse no estéril con esto y esto... o me creen o nada... a no ser que yo le dé la referencia y en su casa lo hagan...”E2G1

Destaca igualmente de este modelo, el marcado carácter “imitativo” que posee, ya que el tutor valora positivamente y espera que el alumno, realice las actividades, cuidados o técnicas mostradas, tal y como las realizó él previamente.

“...tienen que fiarse de mí y de mi palabra y estoy harto de enseñar por imitación y no mete la mano en el costado y creerás...” E2G1.

Ahora bien, generalmente el tutor asume que hay otras maneras de realizar los cuidados y que el alumno deberá asumir una manera u otra de realizar los cuidados dependiendo de su criterio o habilidad a la hora de realizarlo.

“... yo siempre le digo que lo que yo le diga no es lo que vale, pero que vaya cogiendo mis cosas, que con otro tutor cogerá las suyas y tal...”E3G1

El tutor, asume que el alumno debe observar y experimentar distintas formas de realizar los cuidados y las técnicas, y que es el propio alumno quien en virtud a su reflexión y criterio, el que realice las técnicas de una forma u otra. De este modo están reconociendo el valor de la reflexión sobre lo realizado y la autovaloración de lo vivido para adoptar un comportamiento u otro (aprendizaje reflexivo), si bien, esta reflexión, no debe realizarse durante el periodo de aprendizaje.

Esta forma de enseñanza, no ha sido mostrada por nadie, ni recomendada, sino que con frecuencia, el tutor asume las prácticas docentes que observa en su entorno, y en particular reproduce lo que con él se realizó, perpetuando así una forma de tutorizar alumnos.

“yo creo que es así... a mí me enseñaron así... y lo que mejor aprendí... fue en una planta donde se pusieron las enfermeras,.. y me dijeron vais a estar tanto tiempo...éramos dos, estábamos separadas y al día tal... tenéis que llevar la planta... era planta de trauma... entonces al día tal... pasábamos visita... hacíamos las curas... no sé, como alumna te despierta un algo... que te sientes útil... y a mí se me quedo marcado... y yo intento hacerlo así...”E1G2

E. RELACION CON LOS ACTORES DEL PRACTICUM.

Como hemos visto en los distintos capítulos de fundamentación teórica, la relación entre los participantes del Practicum es la base sobre la que se asienta el proceso de formación práctica. Por ello, atenderemos a la comunicación entre los distintos actores reconocidos, que compone el Practicum.

Uno de las relaciones más destacadas, es la mantenida entre el **Tutor Asistencial** y el **Tutor de la Facultad**. Y es que es característica en todos los GD la falta de relación entre ambos actores. Y es que la inmensa mayoría de los participantes, manifiesta no tener relación con el Tutor de la Facultad, recogiendo testimonios expuestos al respecto, como:

"...yo en los años que llevo... los tutores de enlace de la universidad los he visto escasamente... y no te preguntan ni se sientan contigo... solo de pasillo...y son ellos los que tienen que venir a contar lo que quieren que hagamos con ese alumno..." E2G1

"...pero es que yo no les veo la cara en todo el periodo de prácticas..."E3G2

"...yo no conozco ningún responsable de la universidad que me diga...cómo va el alumno... nadie me ha dicho nada en el tiempo que llevo como tutor..."E1G3

Cuando se refieren a ellos, o aspectos que implica el contacto entre ambos, como el control y vigilancia de los alumnos, la solución de dudas o incidencias ocurridas durante las prácticas, los aspectos evaluativos de la tutorización, etc., la ironía es en términos generales el tono utilizado, lo que nos denota la escasa relación que existe entre ambos.

Esta falta de comunicación entre ambos colectivos, afecta a la relación de tutorización en aspectos esenciales como la incorporación de los alumnos, los objetivos a conseguir (como hemos visto anteriormente) y los criterios de evaluación. Esto hace emerger un sentimiento de "abandono" focalizado en esta figura (el Tutor de la Facultad, independientemente de la universidad de procedencia: UMU o UCAM), por ese éste el elemento docente reconocido. Testimonios como éstos, confirman nuestras impresiones:

"...una alumna llega a las 8 de la noche y entra donde me estaba cambiando para entrar a trabajar, y me dice..."hola soy tu alumna"... y a mí ni me habían dicho cuando empezaban ni como... nadie. Así que no dicen ni media... decirte al menos que van a venir

mañana o algo, ... pero ni media, ni media... hay falta de comunicación, yo no sé quién tiene que decirlo, pero es muy mejorable.” E2G1

“... nadie te dice ni cuándo van ni cuando vienen... los sueltan aquí de prácticas y ale... nadie viene a ver si ese alumno va bien o no...” E3G2

“... y un seguimiento por parte de la universidad... porque quién viene a seguir al alumno?...”E5G3

“Lo que yo hecho mucho de menos también, es que, yo no sé vosotras, pero aquí no ha venido ningún tutor de la facultad a nada...o por lo menos no los veo... y mira que es difícil que se me escapen...”E5G2

Con frecuencia los tutores, son conscientes de la visita de los Tutores de Facultad a los Supervisores del Servicio, pero no a ellos. Este hecho, no hace más que generar malestar entre los tutores.

“aquí, llegan, los dejan,... y les dejan el cuaderno a la supervisora y ya está...”E4G2

“yo a Isabel (supervisora) si le cuento como ha ido la experiencia con los chiquillos... y yo imagino que le preguntarán a Isabel...” E3G2

“tenemos como punto de referencia a Juan (Coordinador de Docencia), pero eso es como último recurso, y si la cosa es grave, cuando el problema no se puede solucionar”E4G2

Y es que en el discurso de los diferentes GD, el *Supervisor de Enfermería de la Unidad Asistencial* donde se realizan las prácticas, juega un papel fundamental; papel no registrado en la bibliografía y por tanto inesperado en lo que respecta a lo que esperábamos encontrar.

Aparece así la figura del Supervisor, como hemos visto anteriormente, como el referente que tienen los Tutores de la Facultad a la hora de visitar los centros sanitarios; así mismo, el Supervisor es el responsable de “captar” a los tutores, de entre su personal.

“...simplemente el Supervisor me dijo quieres colaborar como tutor...y yo dije, claro que quiero colaborar... y ya está” E3G1

“nos preguntan... ¿quieres alumno?... ¿quieres ser tutora?...pues toma...alumno”. E4G1.

294. ANDRÉS ROJO ROJO.

Con frecuencia, el Supervisor utiliza, “estrategias” de captación que son entendidas por los tutores, como poco adecuadas; pues los Supervisores a veces argumentos coercitivos al respecto, pues la posición jerárquica que le otorga el puesto, así lo predispone. Encontramos así, testimonios como éstos:

“...si a veces, es al revés, te van diciendo por favor, necesito que lleves alumnos...necesito un tutor, el que sea...” E2G3

“...a mí se me obligó por parte del antiguo Supervisor... y le dije que no me puedes obligar... y él me dijo que nosotros estamos obligados por el Código Deontológico...” E1G3

“... si no te obligan, si te coaccionan un poco... sobre todos a los nuevos porque que te diga el supervisor “vas a llevar a un alumno, Verdad?” pues impone un poco...a mi me ha pasado”E4G3

Y es que el Supervisor, es quien “gestiona” los recursos en lo que a la plantilla de tutores se refiere, proponiendo a aquellos profesionales que considera adecuados para ser tutor, ésta tarea, y adecuando los “recursos tutoriales” con los que dispone a las demandas de formación, es decir al número de alumnos. En este sentido, surge un aspecto inquietante, y es que con frecuencia, el número de alumnos supera al de tutores, por incidencias en la plantilla de tutores (bajas laborales, vacaciones, ausencias, etc) o por desajustes entre el número de alumnos recibidos y el número de tutores; de esta forma los tutores proponen ser tutor o asignan alumnos, a profesionales que no cumplen los estándares para ser tutor, o que en algún momento han rehusado la tutorización de alumnos, por distintos motivos. Es entonces cuando se dan dos fenómenos poco ortodoxos en lo que a la tutorización de alumnos se refiere: profesionales no pertenecientes al servicio, llevan alumnos en formación y profesionales que no constan como “tutores” oficialmente reconocidos, ejercen tal labor.

“...hasta gente recién llegada, o del equipo volante, le dicen... este es tu alumno... y ya está.”E3G2

“... a mi me consta que hay gente que lleva alumnos sin querer, pero lo hacen por eso... hacerle un favor al super o al alumno para no dejarlo colgado...”E2G2

“...yo no soy tutora... pero he llevado alumnos y los llevo si me los dejan... porque pobrecicos... los dejan ahí solos...” E4G2

Otro aspecto a destacar, en lo que respecta al papel de gestión tutorial que ostenta el Supervisor, es la “rotación” o la capacidad de “dar descanso” a su personal por parte de éstos. Y es que ante las demandas de los tutores, o la constatación de actitudes negativas de los tutores para con los alumnos, el Supervisor “da descanso” al tutor y no le asigna alumno.

“...yo le digo al supervisor... no quiero estudiantes ahora.. y no me pone...”E2G2

“por eso, nosotras les decimos al supervisor... déjanos descansar...coge a otra... yo se lo digo muchas veces... este mes olvídame...”E3G2

Igualmente esta política de “autogestión” en lo que respecta a la plantilla de tutores de su servicio, llevada a cabo por los Supervisores de los servicios hospitalarios, hace que entre hospitales e incluso entre los distintos servicios de un mismo hospital, existan distintos modelos de tutorización. Así pues, pese a que el modo de tutoría unitario, donde un alumno es asignado a un tutor, es mayoritario por haberse mostrado más satisfactorio tanto para alumnos como para tutores, existen unidades o servicios donde uno o varios alumnos, son atendidos por todo el personal asistencial de la unidad, sin existir una asignación concreta entre alumno y tutor; en este caso, el “tutor responsable” de todos los alumnos es el propio Supervisor, quien elabora sus informes de evaluación de cada alumno a partir de las apreciaciones del personal asistencial al respecto. Así lo muestran testimonios como este,

“yo hace poco que he aterrizado por aquí y he llevado diez años en otro servicio... yo he sido siempre tutor-colaborador, pero nunca he tenido un alumno para mi... era una tutoría un poco diluida donde el alumno era para todas e iba con todas y con ninguna... ahora en este servicio (Servicio Murciano)... me parece un gran paso eso de que tengas para ti un alumno y este contigo y todo eso es un paso buenísimo”. E4G1

Con frecuencia, el Supervisor, ostenta el contacto entre el Tutor y el resto de actores de la tutorización, pues como veíamos sirve como vehículo para transmitir las impresiones de los tutores a los Tutores de Facultad, como comunicar con la figura responsable de la formación en el centro sanitario, el Coordinador de Docencia. Con frecuencia, ésta figura es desconocida por los tutores, pese a ser el responsable directo de la formación que se da en el centro sanitario al que pertenecen, y lleva a cabo las comunicaciones institucionales con la Facultad. Son ellos, por ejemplo los responsables de transmitir los listados de

tutores activos en las distintas unidades, conformando por tanto el “listado oficial de tutores”; es decir, aquellos profesionales que van a ser reconocidos por la Universidad como participes en la formación de sus alumnos, y por tanto, con derecho a disfrutar de las contraprestaciones establecidas como tal.

En lo que respecta a la figura del **Coordinador de Docencia**, cabe decir, que en los testimonios recogidos en los GD, si bien éste es conocido por algunos de los participantes, su influencia en el proceso es limitada o nula, pues la relación directa con los tutores, se limita a la comunicación de incidentes graves, y siempre a través del Supervisor.

El Supervisor juega por tanto un papel de autogestión en la selección de los profesionales que considera adecuados para tutorizar alumnos, el modelo de tutorización a llevar en la unidad, en “registrar” al personal como tutor en la base de datos del centro, asignar alumno directa de un alumno a un tutor en concreto, en mantener y testar la motivación del personal que ejerce como tutor, en mantener un contacto directo con los tutores en post de solventar incidencias relacionadas con la tutoría, establecer contacto con el Tutor de la Facultad cumpliendo con el seguimiento de los alumnos, y la comunicación de las incidencias ocurridas, y participando en la evaluación del alumno: bien evaluándolo directamente, a partir de las impresiones de los tutores que han estado con él, o bien, recogiendo de mano de los tutores y entregando al Tutor de la Facultad tales evaluaciones.

Respecto a la relación principal que es establece en el proceso de formación práctica, la relación **Tutor-Alumno**, ésta es catalogada por todos los participantes como “satisfactoria”. Los tutores afirman mantener relaciones más propias de compañeros que establecer marcadas diferencias de roles, de forma que éstos son integrados en las dinámicas de los grupos de trabajo, llegando a ser en el mejor de los casos uno más del equipo.

“... es como un compañero un colega... al final la relación no es solamente de alumno... es uno más... se habla de todo... cuando estamos cenando, o te quieres echar, la relación es de un compañero más,...no de amigo, pero sí de compañero...”E3G1.

Este tipo de relación “cordial”, justifica en cierto modo, el sentimiento de “empatía” que los alumnos despiertan en algunos los tutores, desde el punto de vista que son capaces de establecer demandas propias de problemáticas de los

alumnos; haciendo suyos los problemas de sus alumnos y facilitando soluciones, en muchas ocasiones contra el plan y la normativa establecida.

“...yo prefiero que se vayan a que estén aquí mal durmiendo en un sillón... a demás de hecho, he firmado noches antes de que se hicieran las dos de la mañana para que se fueran los alumnos a dormir a su casa...”E4G3

“(En relación a los desplazamientos de los alumnos a los hospitales)... son gente muy muy joven y vienen con miedo porque no están acostumbrados a tanto coche y echar tantos kilómetros como nosotros... entonces me parece una canallada que hagan eso la verdad...”E1G2

“...yo se que radiología es una cosa que una vez visto como se hace un escáner y tal... y claro el querrá aprender a sondar a coger una vía... y yo lo entiendo... Pues le doy las puertas abiertas para que entre y salga del servicio y vaya a otros sitios”.E1G1

“... intentamos que no se agobien, con la farmacología, porque en Medicina Interna hay mucha farma y se asustan mucho cuando empiezan a ver bolsas de medicación con nombres impronunciabiles, de medicación IV que quizás no han visto en la teoría... yo procuro que no estén ahí...”E2G1

De entre las características que definen al “buen alumno”, los tutores destacan la participación activa, la disposición a la participación y por encima de todo, como un valor sin eua non, la “prudencia”.

“...pero yo prefiero al prudente... al arriesgado... a uno que tira para adelante que hay que decirle... acho dónde vas.... Que pregunte cuando quiera...” E1G1

“...pero que tengan iniciativa... que pueden coger los timbres..... y si no sabe solucionar que lo pregunte... pero es mejor el que no llegue a que se pase... que tenga iniciativa pero que sea prudente... el prudente con iniciativa... el discreto...”E2G1.

“...a mí el alumno ambicioso, tampoco me gusta... me gusta el prudente.... Lo dejo suelto cuando sepa... el que le gusta figurar, y va para acá y para allá... y va de listillo pues no me gusta.” E3G1

Otro valor premiado es la iniciativa y la actitud participativa, especialmente cuando consideran que el alumno está suficientemente preparado:

“...si yo te voy a acompañar... pero tú tienes que ir... ponerle el compresor... y cuando estés ahí un ratito... y tu ya... has visto que la vena tal y cual... y entonces lo hacemos así... ellos así no quieren,... ellos quieren que vayamos los dos, que pongamos el

298. ANDRÉS ROJO ROJO.

compresor los dos... y eso no... los primeros días bueno... pero ya está... no puede estar bajo mis faldas siempre... "E2G1

Mostrar este tipo de actitud, hace que el alumno sea "premiado" por el tutor, bien en forma de buenas calificaciones o bien en forma de aumentar su grado de autonomía en las acciones.

"yo si premio... que me preparan la medicación... cogen teléfono,... el timbre"E1G1

"...yo también... y además lo valoro mucho... y lo recompenso... que se vaya un poco antes, .. y claro le pongo buena nota..." E2G1

"Es que eso...sin darnos cuenta esas cosas pasan...y además...premiamos al voluntarioso... lo ves... y sale así.... Y cuando ves que tiene ganas,... Le dices que haga más cosas... el que esta sentadico con el móvil, no le digo nada.... Que siga en su mundo... porque para que..." E5G1

Y al revés, aquel que no cumple las expectativas en lo que a participación y voluntad de participación, es "castigado".

"...noo.. es verdad, yo que se... yo no puedo llegar de cambiarme... y ver al chico sentado.. y decirle... has tomado las tensiones, has hecho algo...? Y él viendo el móvil.... Cuando está todo hecho, bueno,... pero así nooo....Llegar a las 8.30 y verlos sentados con el móvil... yo no lo entiendo...habiendo trabajo?...Esos conmigo las llevan claras..."E3G1

Otro de los aspectos que aparecen en menor medida, pero que denotan actitudes que condicionan la relación alumno-tutor, es la relación de dominancia y poder establecida entorno a quien posee el conocimiento.

"...el que sabe soy yo... que para eso me pagan... para que me digan lo que tengo que hacer... no estoy yo aquí..."E3G1

De entre las actitudes más demandadas por los tutores hacia los alumnos, es guardar aspectos éticos y del comportamiento, como es el Secreto Profesional. En particular en los GD procedentes de los Arcos, aparecen manifestaciones expresas al respecto.

"...a mí lo que preocupa mucho es el tema del secreto profesional... sobre todo que sepan contener la lengua... que son muy imprudentes a veces... porque hacen comentarios indebidos... que son todos de aquí de los pueblos,.. chico si esta es mi vecina y tiene no se

qué... mucho cuidado que está ahí la limpiadora que también es vecina del tercero...."E2G1

"...ellos tienen que tener conciencia de que el secreto profesional existe, y no me puede venir un alumno que yo tengo en neonato un niño que tiene características de un down, que tu todavía no se lo has dicho a los padres, que estamos ahí con palicos y con cañicas ahí tal, el cariotipo, el cómo lanzas una información así de un, que no estaba previsto y de pronto te llega, y en la puerta de neonatos coja y le suelte al compañero que está en la unidad de al lado "anda! Acaba de nacer uno que tiene un down" y los padres están, o los abuelos en una sala de espera. Eso a los alumnos tiene, vamos, el secreto profesional lo tienen que llevar con un tampón puesto."E2G2

F. REQUISITOS PARA SER TUTOR.

Como veíamos en capítulos anteriores, la actividad tutorial tiene carácter voluntario y es éste el único requisito que se supone y se exige para ser tutor. Según los testimonios ofrecidos en los GD, el tutor, lo es sin recibir una formación en técnicas docentes o comunicativas, o sin valorar los distintos aspectos de su currículo como puedan ser la experiencia profesional, el grado de formación continua y actualización de conocimientos o los méritos académicos.

Uno de los aspectos destacados es que pese a este carácter voluntario, con frecuencia, está mal interpretado, de manera que se considera que todo profesional es capaz de llevar alumnos. Así nos lo muestran testimonios como éstos:

"... es al revés, de entrada se entiende que todos somos tutores,... el que no quiera que lo diga..."E3G3

"de entrada se supone que eres tutor... porque se supone que eso va implícito"E7G3

Con frecuencia se entiende que al ser centros "universitarios" de carácter público, es una condición más del puesto de trabajo.

"...eso lo implica el centro de trabajo, que es universitario...si tu centro de trabajo es docente, entre tus funciones es prestar atención a los alumnos... es como si dicen este hospital tiene UCI, es que yo no trabajo en UCI... pero tú tienes que ir al servicio que te mande la empresa, no donde tú quieras...y dices yo no quiero estar en la uci, y si te

300. ANDRÉS ROJO ROJO.

mandan a la UCI tienes que hacerlo, pues aquí igual, este hospital tiene docencia, y como tiene docencia pues tienes que hacer docencia...”E3G3

Es más, como veíamos anteriormente es el Supervisor de la Unidad, quien a criterio particular, decide quién “asume” alumnos en tutoría y quién no. De este modo, a lo largo del discurso de los grupos encontramos expresiones como:

“... no sé si es cosa mía, la que tenía yo que estar pendiente de eso, pero la verdad es que no he recibido instrucciones de nada de nada, ni formación ni nada...” E2G2

“...aquí lo único que se exige es la voluntariedad...” E1G2

G. ROL EVALUATIVO DEL TUTOR DE ENFERMERÍA.

Las manifestaciones realizadas por parte de los tutores, en los GD, nos ofrecen una visión particular de su participación y el grado de implicación en la valoración de los aprendizajes y evaluación del alumno a su cargo.

Y es que pese a lo que inicialmente se podría presuponer, los tutores no asumen esta función como característica, al contrario de lo que sucede con otros aspectos como el acompañamiento, o la resolución de dudas.

“...es que yo no quiero tener responsabilidades en eso... eso es cosa de la universidad... bastante llevamos ya como para encima evaluar a los alumnos...”E3G2

Y es que, como vemos, se considera una “sobrecarga” a la labor tanto asistencial, como a la propia docencia. Igualmente asumen que ésta tarea pertenece a los Tutores de la Facultad, como responsables formales de la docencia.

“... para eso tienen un tutor... que viene de la universidad...”E3G2

Pese a estas manifestaciones, con frecuencia los tutores participan en la evaluación de los alumnos, cumplimentando los documentos que les son aportados para ello, por parte de los propios alumnos. Al respecto, sobre éste documento, los tutores vierten una gran cantidad de críticas, especialmente respecto a la inadecuación de los aspectos evaluados,

“... cuando la evaluación, yo me sentí fatal cuando me llegó la chica con esto,... y yo evaluaba la puntualidad, el aseo y poco mas cuando yo quería evaluar los objetivos, tenías que hacer esto, esto y esto...”E4G1

Y es que se consideran equivocados los criterios utilizados en estos documentos para evaluar a los alumnos.

“ ... (respecto al documento de evaluación)...después de todo el esfuerzo que había hecho yo y todo el amor que había puesto... ahí se evaluaba si venía limpia, si era puntual,... cuando yo me dejé un poco la piel...”E4G1

Manifestando el malestar por ello, y su voluntad de mayor implicación en el proceso.

“...claro pues vamos a ver, que venga limpia y aseada y eso... pues si es una cosa a evaluar... pero yo quiero evaluar muchas más cosas, no solo si es puntual o si viene limpia”.E2G1

H. CREENCIAS.

Entorno a “Creencias” recogemos aquellas impresiones que los tutores presentan acerca de distintos aspectos relacionados con la formación de profesionales de enfermería y que de alguna manera pueden condicionar la visión de dicho proceso y su actuación como tutores, y parte activa del mismo.

Una de las “creencias”, más extendidas entre todos los GD, y que más debate suscitó en el seno de los mismos, fue la consideración de que la formación de Enfermería en general y en particular la **formación práctica**, se encuentra **Saturada o Masificada**.

“... eso de la masificación... va en contra de nuestra profesión.... Cuantos menos seamos más cotizamos estaremos... eso de que des una patada y te salga un enfermero... pues ya me dirás... si este te pone pegas en el trabajo, el salario... pues cojo otro...y eso no está bien.”E2G2

“el problema es que hay muchas escuelas... ahora hay cuatro escuelas... hay muchos alumnos...”E3G3.

Y es que a su juicio, existe un exceso de alumnos de enfermería en formación en la Comunidad Autónoma de Murcia. Alumnos que saturan los servicios hospitalarios en busca de formación práctica.

“...el lío se forma cuando llega la patuleta de alumnos... de la UMU, la UCAM, Cartagena... y tienes alumnos todos los meses... pues terminas loco de atar...”E3G2

302. ANDRÉS ROJO ROJO.

“... saturan los hospitales... porque cada vez hay más alumnos de enfermería... si hay más alumnos que enfermeros... y todos abocados al paro... y lleva a esta profesión a la ruina...”E3G2

“...si es que Murcia tiene muchas universidades... ¡Lorca, Cartagena, Murcia.... Bueno Murcia tiene dos... y eso hace que sean cerca de 1000 o más alumnos por año...”E2G2

“... nosotros estamos pagando el problema de la masificación...” E5G3

Esta masificación es la causa, según los tutores, de que los alumnos realicen periodos de estancias más cortos, suponiendo un menor “alivio” para los profesionales, puesto que cuando disponen de la confianza del tutor para realizar tareas autónomas, se marchan, dando comienzo nuevamente al proceso.

“...pero además, te digo, cuando el alumno medio se defiende que puede hacer algo, que es cuando puede aprender, entonces se tiene que ir....”E5G3

“...con la masificación que hay no puedes tirarte aquí lo que quieras...”E3G3

Igualmente, por este motivo, tienen que realizar estancias con turnicidad, es decir, por las tardes y por las noches, así como periodos de Simulación como una forma de llenar lo que no se puede hacer en las prácticas.

Este exceso de alumnos, es una de las causas que genera sentimientos cansancio y saturación apareciendo fenómenos que podemos reconocer como desmotivación o burn out, como veíamos en el apartado de motivaciones.

Otra de las creencias extendidas, es que la **Formación Práctica implica necesariamente “hacer cosas”**. Este es el valor formativo de las prácticas clínicas. El tiempo de docencia, giran entrono a mostrar y demostrar técnicas, habilidades manuales y cuidados que requieran el contacto o la interacción con los pacientes; esta es una de las explicaciones a la necesidad de que las prácticas se realicen en jornada con carga asistencial suficiente, y que los tutores entiendan que la formación interesante para el alumno, se presta en las unidades asistenciales propiamente dicha; por ello los tutores sienten como los alumnos que estas unidades son “interesantes” para formarse. Y es que la formación en valores, como la empatía, según los tutores, se realiza con el contacto con el paciente. Los periodos de tiempo en los que no se realizan tareas asistenciales, son

considerados “improductivos”. Es por ello, que tanto las noches, como las tardes son vistas de esta forma.

“...son horas que no son productivas para el alumno, es mas yo creo personalmente que hay tardes que casi tampoco, pero bueno,... Pero creo que las practicas mejor por las mañanas, como antiguamente cuando yo estudie enfermería, solamente las practicas eran por la mañana de lunes a viernes por la mañana y luego las tardes clases....” E2G3.

A este respecto, pese a que la Simulación es vista como una técnica novedosa y útil en cierta medida para los alumnos, consideran que nunca puede sustituir a la formación que se hace en los entornos clínicos.

“...todo eso no se puede simular en una técnica... La Simulación está bien, pero las prácticas son insustituibles, ni simulación ni nada.... Si quieres aprender enfermería tienes que tocar personas y las personas están aquí”E3G1

Otra de las creencias más arraigadas, es la consideración de la **Teoría es antes que la Práctica**. Y es que uno de las consecuencias que la Masificación tiene en lo que respecta a la Organización de las prácticas, es que con frecuencia los alumnos acuden a los servicios, sin recibir la formación teórica perteneciente al curso que están cursando. Por ello, consideran de forma genérica, que los alumnos presentan mala preparación teórica a la hora de afrontar las prácticas; y es,

“...yo no sé en primero la teoría que se les da... ... pero si lo básico para que un enfermero sea bueno en el futuro es que tenga una buena formación,... eso se tiene que hacer desde la escuela... y nos la sobrecargáis a los tutores.... Y no debería ser así... deberíais empezar vosotros (la universidad) y luego ya nosotros el contacto con el hospital... que me venga el alumno ya sabiendo cómo tiene que hacer las cosas... pero es que no... me llega sin saber nada.... Para que yo le explique de todo... y a mí no me da tiempo” E2G2

“...vienen muy mal preparados... desde las universidades...”E5G2

“Aquí llegan que no saben ni hacer lo básico... no se qué tipo de teoría se les da...y es que me lo dicen ellas... que no han visto nunca esto o aquello... y se quedan pasmadas cuando les dices que te purguen un sistema de bomba... y me las mandas en segundo, sin haber dado un palo al agua... porque en primero no tienen prácticas... Pueden ser muy listos... pero no tienen ni idea...”E4G2

304. ANDRÉS ROJO ROJO.

“Yo creo que hace falta la teoría para hacer la práctica... por eso tienen que venir en condiciones... no como algunas veces... y luego la práctica, te puede despertar buscar el conocimiento.... pero en el sistema en el que estamos, aquí hay que venir sabiendo algo,... no desde cero... venir de cero, no sirve para nada... yo soy tutora de prácticas pero tienes que tener algo... para que vengas aquí a practicar.... Eso es lo que creo yo.”E2G1

“...son mucho más productivas las prácticas si lo han estudiado previamente...y no así sin saber nada...”E4G1

“...la teoría primero y luego la práctica... hombre... a ti lo que te han mandado es un poco al revés... si se hicieran las cosas bien, a ti te dan primero la teoría y después las prácticas,... se aprovecharían más las prácticas que hacen en tu unidad...”E3G1

Consideran de esta forma, que la responsabilidad de la “formación teórica”, recae en los profesores de la universidad, ya sea en materias teóricas o en seminarios teórico-prácticos, mientras que la formación en habilidades, la formación práctica queda para ellos, y que la primera es anterior a la segunda.

CAPITULO 8. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO.

8.1. Análisis Descriptivo de los datos.

- 8.1.1. Análisis de la participación. Tasa de Participación y Respuesta.**
- 8.1.2. Análisis de las Variables del Cuestionario 1.**
- 8.1.3. Análisis de las Variables del Cuestionario 2. Valoración de los Aspectos Generales de la Formación Práctica.**
- 8.1.4. Análisis de las Variables del Cuestionario 3. Valoración del nivel de Formación Práctica de los Alumnos.**
- 8.1.5. Análisis de las Variables del Cuestionario 4. Efectividad como Docente Clínico.**
- 8.1.6. Análisis de las Variables del Cuestionario 5. Funciones como tutor.**

CAPITULO 8. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO

8.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS

A la hora de atender al análisis de los datos derivados del “Cuestionario sobre valores y actitudes como tutor de enfermería”, hemos de tener en cuenta las premisas con las que partimos en nuestro estudio, los objetivos y naturaleza del instrumento creado.

Primeramente, los objetivos de nuestro estudio tienen un carácter descriptivo, por lo que en el análisis ofreceremos la “descripción” de las variables estudiadas, sin entrar en establecer relaciones causales o explicativas (regresiones, correlaciones, etc). Por otro lado, la naturaleza del instrumento creado, hace que lo diferenciamos en tres partes claramente:

- los datos incluidos en la primera sección del cuestionario “Datos de Identificación”
- los datos derivados de la “Escala sobre efectividad del tutor como Docente Clínico”.
- Los datos derivados del resto de secciones del cuestionario: “Valoración de los aspectos generales de la formación práctica”, “Valoración del nivel de formación práctica de los alumnos” y “Cuestionario sobre funciones asumidas como tutor asistencial”.

Esta diferenciación atiende a las siguientes razones; los Datos de Identificación, presentan especial interés por presentar características que pudieran ser consideradas como “Variables Independientes” y por lo tanto establecer futuras relaciones de asociación/correlación con el resto de variables atendidas en el cuestionario. Es de especial utilidad para el análisis de los datos atender a la variable “Experiencia como Tutor de Prácticas”, en la que clasificamos a la muestra en aquellos que se reconocen a sí mismos como tutores asistenciales y aquellos que actualmente no lo son, o nunca lo han sido. Atender a esta variable, puede sernos de utilidad en el análisis, aun sin establecer relaciones causales, si nos puede ayudar a depurar los datos obtenidos. De esta forma clasificaremos los datos en base a estas dos grupos: “tutores” y “no tutores”, siendo los primeros aquellos que se reconocen como tales actualmente, y los

segundos los que actualmente no se reconocen como tal o nunca han tenido intención de serlo.

Respecto a la Escala sobre Efectividad del Tutor como Docente Clínico, presenta una composición de ítems, derivada de instrumentos anteriores (ya comentados en el Capítulo III), y de aspectos y comportamientos deseables del tutor clínico (Capítulo III), así como axiomas derivados de la concepción del Aprendizaje Experiencial y la visión Constructivista del Aprendizaje (Capítulo V). Igualmente explora aspectos comentados por los tutores durante la realización de los Grupos de Discusión, útiles a la hora de valorar los comportamientos efectivos como tal.

Respecto al análisis de los datos, Balestrini (2003: 73), señala que

“...se debe considerar que los datos tienen su significado únicamente en función de las interpretaciones que les da el investigador, ya que de nada servirá abundante información si no se somete a un adecuado tratamiento analítico...”.

Por lo tanto, se procedió a representar de manera general, en forma gráfica y computarizada, el análisis porcentual de los resultados obtenidos; para ello se emplearon diagramas circulares y la técnica que se utilizó, se basó en el cálculo porcentual de cada ítem.

En lo que respecta a los procedimientos estadísticos utilizados, han sido descritos en el apartado de Metodología.

8.1.1. ANÁLISIS DE LA PARTICIPACIÓN. TASA DE PARTICIPACIÓN Y RESPUESTA.

Como comentamos en el apartado de Metodología, tras las determinaciones reales de los profesionales que desarrollaban labores de enfermería en las unidades objeto de estudio, nuestra población inicialmente estimada en aproximadamente unas 800 profesionales de enfermería, distribuidos en 7 centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Murcia, fue establecida finalmente en 910 individuos. Dos de los centros hospitalarios, no participaron en el estudio; uno de ellos aludió razones de “Conflicto de Intereses”; otro fue desestimado a criterio propio de los investigadores. Tras determinar el número total de individuos de nuestra población se aplicaron los criterios de proporcionalidad

comentados en el apartado de Metodología dando como resultado, la muestra necesaria de cada centro, para ser considerado representativo, tal como se comentó en el capítulo 6, de este trabajo.

A la hora de analizar la respuesta dada, hemos de atender a tres criterios como son:

- **Tasa de respuesta:** proporción de aquellos sujetos que nos devuelven el cuestionario cumplimentado exitosamente de todos los entregados en dicho centro.
- **Tasa de cooperación/ participación:** proporción de sujetos que aceptan participar voluntariamente en el estudio, tomando el cuestionario y comprometiéndose a cumplimentarlo en tiempo y forma.
- **Tasa de rechazo o abandono:** aquellos sujetos que o bien no entregan el cuestionario o lo entregan en blanco.

En este sentido, la **tasa de cooperación/participación** en nuestro estudio fue elevada, dado que a la entrega de los cuestionarios, y explicación por parte del investigador de los propósitos del estudio, fue aceptada por el 88% de los sujetos de estudio. Sin embargo, **la tasa de rechazo en la primera visita** media, atendiendo a todos los cuestionarios entregados, frente a los recogidos en todos los centros, se situó en el 36% aproximadamente. En algunos centros y servicios, ésta tasa de rechazo, aumentó hasta en 55%, de forma que los cuestionarios se entregaban en blanco o no se entregaban. De esta manera fue necesario realizar un número de exploraciones mayor al previsto inicialmente, para poder completar los criterios muestrales establecidos. Como media, éste fue de 4 exploraciones⁵¹ por centro, siendo el Hospital Universitario Reina Sofía y el Hospital Universitario Santa Lucía, los centros en el que más exploraciones fueron necesarias.

Si atendemos a los datos numéricos, se entregaron 400 cuestionarios de los que finalmente fueron recogidos 280 entre todos los centros seleccionados para el estudio, con lo que tenemos una Tasa de Respuesta media del 70% aproximadamente.

⁵¹Entendemos por “exploraciones”, la visita al centro para entregar/recoger cuestionarios; de forma que se realizaba una exploración por turno visitado.

312. ANDRÉS ROJO ROJO.

El resumen del proceso de recogida de datos se recoge en Tabla 15 sobre exploración cualitativa.

Otro de los aspectos a tener en cuenta en lo que a la respuesta dada por los participantes en el estudio, es el fenómeno de la “No Respuesta” bajo la forma de respuesta en blanco a los ítems o respuesta no válida (no contemplada en las opciones ofrecidas), presente de un modo creciente en los ítems situados al final del cuestionario.

De forma que en los primeros ítems, las tasas de respuestas válidas son cercanas al 100%, es decir las respuestas nulas o no respuestas, son inexistentes, mientras que en los ítems finales ésta tasa de respuesta nula llega al 6.5%. Este fenómeno, es conocido en el manejo de cuestionarios de investigación auto-administrados. Por este motivo, se aprecia la presencia de dos porcentajes diferenciados, (% total y % válido), siendo el % válido la referencia para establecer las comparaciones o los análisis estadísticos pertinentes.

Hospital	Población	Muestra	Nº Exploraciones ⁵²	Tasa Cooperación/ Participación ⁵³	Tasa 1ª Respuesta ⁵⁴	Tasa 1º Rechazo
H.U.V Arrixaca	240	72	4	85	60	40
H.G.U Morales Meseguer	215	52	4	95	66	34
H.G.U. Reina Sofía	180	68	8	85	45	55
H.G.U Santa Lucía	180	54	6	95	53	47
H.C. Los Arcos	35	14	2	98	90	10
H.C. del Noroste	30	8	4	85	62	38
H.C. Lorenzo Guirao	30	12	4	75	70	30
TOTAL	910	280				

Tabla 15. Distribución de muestra por centros y tasas de participación.

⁵²Entendemos por nº exploraciones, el número de visitas al centro hospitalario para entregar y/o recoger cuestionarios

⁵³ Entendemos por % Participación, el % de personas que aceptaron ser entrevistados tras el primer contacto

⁵⁴ Entendemos por % Respuesta primera visita o Tasa de Respuesta, el % de personas que entregaron el cuestionario cumplimentado satisfactoriamente en la primera visita.

8.1.2. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DEL CUESTIONARIO 1.

En esta sección del cuestionario, atendemos a aspectos que tienden a caracterizar a nuestra población.

Variable Experiencia como tutor de prácticas.

Atendiendo a las características sociológicas de nuestra profesión, no existe una diferenciación entre tutores y no tutores, de modo que cualquier profesional de enfermería se considera un tutor en potencia, de forma que es un potencial tutor, a pesar de que él no lo haya solicitado. Queda a discreción de los Coordinadores de Prácticas, la selección de estos tutores. De esta forma todos los profesionales asistenciales son potenciales tutores, y así lo reconocemos en nuestros criterios de inclusión y exclusión de la población de estudio. Ahora bien, discriminar entre las opiniones de ambas poblaciones nos puede ser de utilidad a la hora del análisis y posterior interpretación de los datos.

Por lo tanto, nuestra muestra será clasificada en base a dos categorías, tal como muestra la tabla adjunta: aquellos que manifiestan ser tutores actualmente, y aquellos que manifiestan no ser tutores actualmente (aunque si lo hubieran sido anteriormente) o no haberlo sido nunca. Quedan excluidos en este tratamiento aquellos que son su primer año como tutores; en el otro polo quedan excluidos aquellos que nunca han sido tutores, y que se niegan a serlo en el futuro.

Experiencia como tutor	Frecuencia	%	% Válido
Primer año	5	1.8	1.8
Tutor anteriormente	180	64.3	64.5
Ahora no tutor	64	22.9	22.9
Nunca	30	10.7	10.8
Ns/Nc	1	0.4	

Tabla 16. Distribución de muestra por tiempo de experiencia como tutor

La variable atendida como tal, nos indica que actualmente 64.3% de la muestra entrevistada se consideran a sí mismo tutores, siendo tal, aquel profesional que tiene a su cargo la tutorización de alumnos en prácticas,

314. ANDRÉS ROJO ROJO.

independientemente de si éstos constan en los registros de las unidades de docencia de los centros hospitalarios. Sin embargo el 22.9% de los entrevistados, manifiestan haber sido tutores en algún momento, pero ahora no querer serlo, y denegar la presencia de alumnos a su cargo; estos junto al 10.7% de los entrevistados que manifiestan que no están interesados en tutelar a alumnos, llega al 33.6% de profesionales que presentan actitudes negativas hacia la labor tutorial.

Si atendemos a esta variable, en función de los distintitos centros sanitarios que han participado en la investigación, tenemos la siguiente distribución:

Centro Sanitario	Frecuencia	% (% corregido)	% Corregido Tutores	% Corregido No Tutores
H.U. Virgen Arrixaca	72	25.7	34.3 (n=62)	10.8 (n=7)
H.U. Reina Sofía	68	24.3	22.1 (n=40)	29.2 (n= 19)
H.U Morales Meseguer	52	18.6	18.2 (n=33)	24.6 (n=16)
H.C. noroeste	8	2.9	1.1 (n=2)	3.1 (n=2)
H.C. Los Arcos Mar Menor	14	5	2.8 (n=5)	6.2 (n=4)
H.U. Santa Lucía	54	19.3	15.5 (n=28)	24.6 (n=16)
H.C. Lorenzo Guirao	12	4.3	6.1 (n=11)	1.5 (n=1)

Tabla 17. Distribución de Tutores/No Tutores por centros sanitarios.

De estos datos, se desprende que en los centros sanitarios Reina Sofía, Morales Meseguer y Santa Lucía, se registran según las respuestas de los participantes, un 29.2% y un 24.6% de profesionales de enfermería que realizan o han realizado labores como tutor, sin haber expresado su voluntad para ello.

Datos descriptivos de la Muestra: Género, Formación Profesional y Vinculación Laboral.

Las variables que tratamos en este apartado, pretende categorizar nuestra muestra en el seno de la sociología profesional de la población enfermera. Como

tal, obtenemos la siguiente tabla. Estos datos se mantienen estables entorno a los grupos anteriormente configurados: Tutores y No Tutores.

En la muestra estudiada, encontramos una mayoría en el género femenino, que representa el 75.4% de los profesionales de enfermería, por el 24.6% que se identifican como género masculino.

Respecto a la Formación Profesional, queda patente que la práctica totalidad de los profesionales actuales, son Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE), con el 92% de los encuestados.

Genero	frecuencia	%
Hombre	69	24.6
Mujer	211	75.4
Formación Profesional		
Ats	11	4
Due	256	92
Grado	11	4
Vinculación Laboral		
Plaza fija	124	44.6
Interinidad	89	32
Contrato temporal	65	23.4

Tabla 17. Distribución de muestra por variables demográficas.

En la muestra objeto de estudio existe un 76,6 % de personal, que gozan de estabilidad contractual (plaza en propiedad y/o interinidad en el puesto).

Variabes Experiencia Clínica, Años en el Servicio y Años tutorizando alumnos.

Estas variables, dada su naturaleza, serán tratadas estadísticamente usando los descriptores habituales en el manejo de las variables de tipo continuo. De esta forma obtenemos la siguiente tabla:

316. ANDRÉS ROJO ROJO.

Variable	Media	Moda	Mediana	Desviación Típica
Años de experiencia clínica/ asistencial	16.1	10	14	8.34
Años en el servicio actual	7.3	2	6	6.94
Años tutorizando alumnos	7.17	5	5	5.73

Tabla 18. Distribución de datos experiencia clínica, años servicio y años como tutor

No obstante, si atendemos a los lustros o periodos de tiempo de experiencia se establece la siguiente tabla explicativa.

Años experiencia clínica/ asistencial	Frecuencia	%
de 0 a 5 años	9	3.2
de 6 a 10 años	77	27.8
de 11 a 15 años	84	30.3
de 16 a 20 años	40	14.4
de 21 a 25 años	29	10.4
de 26 a 30 años	17	6.1
más de 30 años	21	7.5
Años en el servicio actual		
de 0 a 5 años	123	45.9
de 6 a 10 años	90	32.1
de 11 a 15 años	28	10.4
de 16 a 20 años	12	4.5
más de 20 años	15	5.6
Años como tutor		
de 0 a 5 años	67	42.7
de 6 a 10 años	52	33.1
de 11 a 15 años	20	12.7

de 16 a 20 años	13	8.3
más de 20 años	5	3.2

Tabla 19. Distribución de muestra por experiencia asistencial, años en el servicio y años como tutor.

Como se observa en la tabla anterior, el 30.3% aglutina a aquellos que tienen entre 11 y 15 años de *Experiencia Clínica*; si atendemos a aquellos que tienen entre 6 y 15 años de experiencia este porcentaje aumenta al 58.1%. Es decir 3 de cada 5 de los encuestados tienen entre 6 y 15 años de experiencia. Este grupo se corresponde según la vida profesional de cada individuo, con edades comprendidas entre 30 y 40 años, siendo ésta la fase de la edad productiva de la persona.

Respecto a la *Experiencia en el Servicio*, el 45.9% de los encuestados está incluida en la franja de entre 0 y 5 años; un dato más en detalle dentro de este estrato, nos muestra que el 26.5 de los encuestados se encuentra desempeñando su labor menos de 2 años en el servicio actual, siendo éste el grupo mayoritario si la estratificación se realiza bajo criterio de 2 años. Aquellos que afirman estar menos de un año en el servicio el 9% (n=24) de los encuestados.

Respecto a la *Experiencia como Tutor de Prácticas* o habiendo tutorizado alumnos en prácticas, el grupo mayoritario lo conforman aquellos que están incluidos entre los 0 y 5 años, con el 42.7% de los encuestados. Si este intervalo lo aumentamos, el 75.8% de los encuestados afirman ser tutores entre 0 y 10 años de experiencia. Esta experiencia es suficiente para haber sido testigos de la evolución profesional de la Enfermería en general y de la Formación Práctica en particular.

Variable Consentimiento como Tutor.

El 31.5% de los entrevistados manifiestan no haber otorgado consentimiento expreso previo para ser tutor, por un 67.8% que manifiestan si haber sido consultados previamente a llevar alumnos en tutoría.

Consentimiento como Tutor	Frecuencia	% (% corregido)	% corregido tutores	% corregido no tutores
SI	185	66.1 (67.8)	79.7 (n=141)	56.3 (n=36)
NO	86	30.7 (31.5)	19.8 (n=35)	42.2 (n= 27)

Tabla 20. Distribución variable consentimiento como tutor

Ahora bien, al discriminar el dato respecto a los grupos de muestra, tenemos que entre los que se reconocen como Tutores, el 79.7% si han sido preguntados previamente por un 19.8% que no lo han sido. En el grupo de los No Tutores, el 56.3% afirman si haber sido preguntados por el 42.2 que afirman no haberlo sido.

Variable Responsable propuesta Tutor.

Con un 10.4% de pérdidas de respuesta, un 71.7%, afirma que ha sido la Supervisión de los distintos servicios quien propone directamente a los profesionales de enfermería ser tutores, es decir llevar alumnos en prácticas, mientras que solo el 16.3% lo son por parte de las Coordinaciones de Docencia de los Centros Sanitarios.

Propuesta ser Tutor	Frecuencia	% (% corregido)	% corregido tutores	% corregido no tutores
Dirección Enfermería	6	2.1 (2.4)	1.1 (n=2)	6.8 (n=4)
Coordinador Docencia	41	14.6 (16.3)	20.1 (n=35)	6.8 (n=4)
Supervisor Unidad	180	64.3 (71.7)	66.7 (n=116)	83.1 (n=49)
a Petición Propia	24	8.6 (9.6)	12.1 (n=21)	3.4 (n=2)
Ns/ Nc	29	10.4	3.9 (n=7)	9.2 (=6)

Tabla 21. Distribución Responsable propuesta Tutor.

Variable Tutor Compañero sin pedir y Variable Usted Tutor sin pedir.

Respecto a la afirmación de haber sido tutor en algún momento sin haber dado el consentimiento, el 41.4% afirma haber sido tutor “muchas veces” sin haberlo pedido, manteniéndose estable esta cifra en los distintos grupos poblacionales. En el polo opuesto aquellos que afirman no haber tutorizado alumnos sin dar el consentimiento expreso es del 12.9%.

Por otro lado que el 43.8% han sido testigos “muchas veces” de que los compañeros son o han sido tutores sin haberlo pedidos ellos. En otro sentido, en una forma categórica negativa, un 5.8 % nunca observado este aspecto, es decir han sido testigos de que los compañeros nunca ha llevado alumnos de forma no solicitada (6.7 de los Tutores y el 4.6 de los No Tutores).

Compañero sin Pedir	Frecuencia	% (% corregido)	% corregido tutores	% corregido no tutores
Si Muchas	121	43.2 (43.8)	43.8 (n=78)	43.1 (n=28)
Si, Algunas Veces	118	42.1 (42.8)	41.6 (n=74)	44.6 (n= 29)
Si, en Contadas Ocasiones	21	7.5 (7.6)	7.9 (n=14)	7.7 (n=5)
No, Nunca	16	5.7(5.8)	6.7 (n=12)	4.6 (n=3)
Ns/Nc	4	1.4	1.7 (n=3)	0

Tabla 22. Distribución ser testigo de compañero tutor sin haberlo pedido.

Usted sin Pedir	Frecuencia	% (% corregido)	% corregido tutores	% corregido no tutores
Si, Muchas	115	41.1 (41.4)	40.2 (n=72)	43.1 (n=28)
Si, Algunas Veces	109	38.9 (39.2)	37.4 (n=67)	46.2 (n= 30)
Si, en Contadas Ocasiones	18	6.4 (6.5)	6.7 (n=12)	6.2 (n=4)
No, Nunca	36	12.9(12.9)	15.6 (n=28)	4.6 (n=3)
Ns/Nc	2	0.7	1.1 (n=2)	0

Tabla 23. Descripción haber sido Tutor sin haber dado consentimiento expreso

320. ANDRÉS ROJO ROJO.

8.1.3. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DEL CUESTIONARIO 2. VALORACIÓN DE LOS ASPECTOS GENERALES DE LA FORMACIÓN PRÁCTICA.

Este cuestionario trata de analizar las impresiones de los tutores, en lo que respecta a los distintos aspectos de la formación práctica. A la hora del tratamiento analítico de los datos, y en post de la síntesis de la cantidad ingente de datos obtenidos vamos a considerar el análisis de los distintos Ítems agrupados en sus Variables, entendiendo como tales, la *Satisfacción global del Tutor; la Información Previa; el Diseño de la Formación Práctica; la Valoración del Entorno Clínico; Relación con el Tutor de Facultad*. Parte de estas Variables son definidas con un solo criterio, con lo que se componen de un ítem. Por el contrario, otras se componen de varios indicadores y por tanto varios ítems, lo que nos obligará a realizar un estudio específico de la misma. El desglose completo de los ítems, será objeto del Anexo 11 .

Se realizará un análisis de frecuencias absolutas y porcentuales en relación a los tres grupos estadísticamente representativos: el total de la muestra (Total); el grupo que afirma ser tutor actualmente y haberlo sido con anterioridad (Tutor); y el grupo que reconoce no ser tutor actualmente pero haberlo sido con anterioridad (No Tutor). Nuestra intención a la hora de disgregar los datos en estos grupos distintos, es ofrecer una visión más amplia de los datos y depurar ya desde el inicio posibles inferencias de los distintos subgrupos que componen nuestra muestra.

Con el fin de analizar de forma más operativa la información obtenida, cada variable se categorizará en base a criterios tales como Inadecuado, Poco Adecuado, Bastante Adecuado y Excelente. Esta categorización es el resultado de la agrupación del/ los distintos ítems, que componen la variable.

Variable Grado de Satisfacción.

Según esta clasificación podemos catalogar como “bastante adecuado” el grado de satisfacción que afirman tener los encuestados respecto a su labor como tutores, puesto que el 61.8% de ellos así lo considera. En otro sentido, el 24.6% de los encuestados presenta un nivel de satisfacción que podemos considerar “poco

adecuado”, observándose variaciones relevantes entre las opiniones del grupo de Tutores, frente a los No Tutores; esta diferencia supone el doble de los No Tutores (30.8%) frente a los Tutores (19.4%). De esta manera, uno de cada cinco entrevistados que se reconocen como Tutores activos, se sienten poco satisfechos.

Variable Satisfacción	Grado	Frecuencia	% (% Corregido)	% Corregido Tutores	% Corregido No Tutores
Inadecuado		5	1.8 (1.8)	1.7 (n=3)	0 (n=0)
Poco Adecuado		67	23.9 (24.6)	19.4 (n=35)	30.8 (n=20)
Bastante Adecuado		101	60 (61.8)	62.8 (n=113)	64.6 (n=42)
Excelente		32	11.4 (11.8)	16.1 (n=29)	4.6 (n=3)
Ns/ Nc		8	2.9	0.6 (n=1)	0 (n=0)

(Inadecuado: 1 punto; poco adecuado: de 2 a 3 puntos; bastante adecuado: de 4 a 5 puntos; excelente más 5 puntos.)

Tabla 24. Distribución Grado Satisfacción

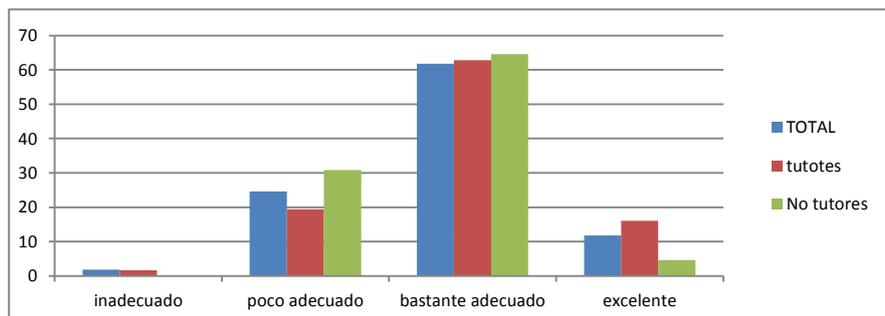


Figura 7. Grado de Satisfacción Tutores.

Variable Información Previa

Al analizar la información obtenida, el 58.8% de los entrevistados considera Poco Adecuada la Información recibida previa a la incorporación de los alumnos a los contextos clínicos. En este mismo sentido, el 8.5% de los entrevistados considera esta información como Inadecuada.

Variable Información Previa	Frecuencia	% (% Corregido)	% Corregido Tutores	% Corregido No Tutores
Inadecuado	23	8.2 (8.5)	5.6 (n=10)	4.7 (n=3)
Poco Adecuado	160	57.1(58.8)	57.2 (n=103)	61.5 (n=40)
Bastante Adecuado	101	26.4 (27.2)	29.4 (n=53)	24.7 (n=16)
Excelente	15	5.4 (5.5)	7.8 (n=14)	1.5 (n=1)
Ns/ Nc	8	2.9	0.6 (n=1)	0 (n=0)

(Inadecuado: 1 punto; poco adecuado: de 2 a 3 puntos; bastante adecuado: de 4 a 5 puntos; excelente más 5 puntos.)

Tabla 25. Distribución Información previa del tutor.

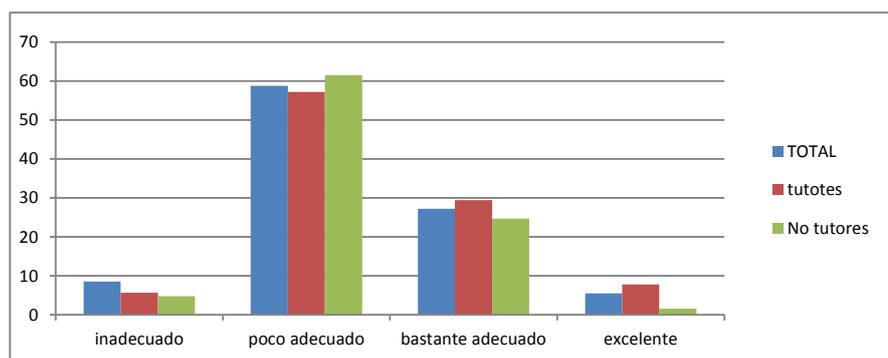


Figura 8. Distribución Información previa del tutor.

Variable Diseño y Organización de la formación práctica.

Los encuestados consideran Bastante Adecuado el Diseño y la Organización de la Formación Práctica, con un 55.3% de las respuestas en este sentido. Este porcentaje se mantiene estable en esos porcentajes para los distintos grupos de nuestra muestra. En el polo opuesto, el 2.9% consideran inadecuado el entorno donde desarrollan las prácticas los alumnos.

Variable Diseño y Organización Práctica	Frecuencia	% (% Corregido)	% Corregido Tutores	% Corregido No Tutores
Inadecuado	8	2.9 (2.9)	2.8 (n=5)	4.7 (n=3)
Poco Adecuado	93	33.2 (34.1)	32.8 (n=59)	35.9 (n=23)
Bastante Adecuado	151	53.9(55.3)	55.6 (n=100)	54.7 (n=35)
Excelente	21	7.5 (7.7)	8.9 (n=16)	4.7 (n=3)
Ns/ Nc	7	2.5	0.6 (n=1)	1.5 (n=1)

(Inadecuado: 1 punto; poco adecuado: de 2 a 3 puntos; bastante adecuado: de 4 a 5 puntos; excelente más 5 puntos.)

Tabla 26. Distribución opinión diseño y organización prácticas.

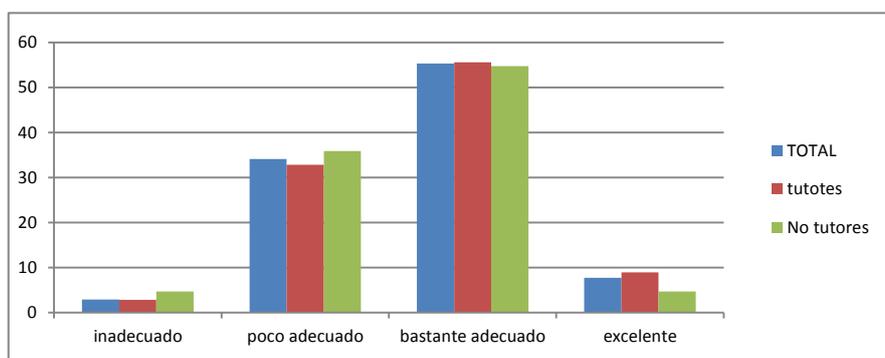


Figura 9. Distribución opinión diseño y organización prácticas

Variable Entorno de Aprendizaje Práctico Adecuado

La variable “Entorno de Aprendizaje Práctico Adecuado”, la disgregamos en dos dimensiones, al recoger dos aspectos de interés para su estudio, como son la *Adecuación de la Unidad como un entorno donde se puedan realizar las prácticas clínicas*, por la idoneidad de los pacientes y procesos de salud-enfermedad que se puedan dar, los horarios de atención, el equipo de trabajo, etc. La otra dimensión considerada es en cuanto la *Adecuación de la Unidad como espacio donde se pueden conseguir los objetivos propuestos para la formación práctica*, que atañe a aspectos relativos a la capacidad de interacción de los pacientes con el alumno y la capacidad de actuar del segundo sobre el primero de una forma segura e independiente. Ambas dimensiones presentan un ítem cada una.

Al agrupar los datos de ambos ítems, y establecer los criterios de operatividad establecidos previamente, podemos decir que 48.4% de los

encuestados cataloga como “Bastante Adecuado” el Entorno Clínico como lugar de aprendizaje práctico. Igualmente, el 40% considera que su unidad/servicio es un entorno de aprendizaje “Excelente”. Estos porcentajes se mantienen estables en el grupo de Tutores. En el polo opuesto, aquellos que consideran “Inadecuado” el entorno práctico es el 1.8% de todos los encuestados.

Variable Entorno de Aprendizaje Práctico Adecuado	Frecuencia	% (% Corregido)	%Corregido Tutores	%Corregido No Tutores
Inadecuado	5	1.8(1.8)	0.6 (n=1)	6.2 (n=4)
Poco Adecuado	27	9.6 (9.7)	10.6 (n=17)	9.2 (n= 6)
Bastante Adecuado	134	47.9 (48.4)	47.2 (n=76)	52.3 (n=34)
Excelente	111	39.6 (40.1)	41.6 (n=67)	32.3 (n=21)
Ns/ Nc	3	1.1	7.5 (n=13)	0 (n=0)

(Inadecuadas: de 2 a 4 puntos; poco adecuado: de 5 a 7 puntos; bastante adecuado: de 8 a 10 puntos; excelente más 10 puntos.)

Tabla 27. Distribución opinión Entorno Aprendizaje Práctico adecuado

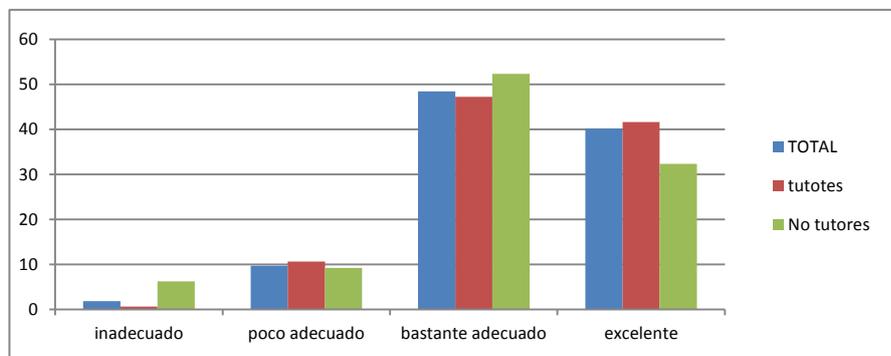


Figura 10. Distribución opinión Entorno Aprendizaje Práctico adecuado.

Variable Relación con Tutor-Responsable Facultad de Enfermería.

La Variable “Relación con el Tutor-Responsable de la Facultad”, toma en consideración la impresión que los profesionales de enfermería tienen de su relación para con el profesional responsable de visitar los centros sanitarios por parte de la universidad.

CAPÍTULO VIII. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO. 325

Para el análisis de esta Variable, la consideramos a priori compuesta por las siguientes Dimensiones: *la Información recibida por parte del Tutor de Facultad para con el Tutor Clínico; el Contacto entre el Tutor de Facultad y el Tutor Clínico; y por último si ha Recibido la Visita del Tutor de Facultad en alguna ocasión.* Todas estas dimensiones presentan un ítem cada una.

Respecto al a Variable, tomando en conjunto los datos de la dimensiones que la componen, nos ofrece el siguiente cuadro y gráfico adjunto. Para el estudio de esta variable, se han agrupado las puntuaciones y agrupado en cuatro estratos, según las puntuaciones obtenidas.

Variable Relación con El Tutor De Facultad	Frecuencia	% (% Corregido)	%Corregido Tutores	%Corregido No Tutores
Inadecuadas	207	73.9 (76.4)	73.9 (n=133)	81.3 (n=52)
Poco Adecuadas	51	18.2(18.8)	22.8 (n=41)	10.9 (n= 7)
Bastante Adecuadas	13	4.6(4.8)	3.3 (n=6)	7.8 (n=5)
Excelentes	0	0(0)	0 (n=0)	0 (n=0)
Ns/ Nc	9	3.2	0.6 (n=1)	1.5 (n=1)

(Inadecuadas: de 3 a 6.9 puntos; poco adecuadas: de 7 a 10.9 puntos; bastante adecuadas: de 11 a 14.9 puntos; excelente 15 puntos o más)

Tabla 28. Distribución relación entre Tutor Asistencial y Tutor Facultad.

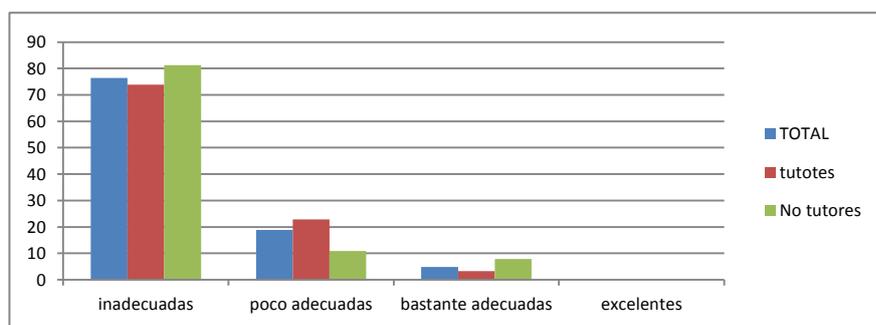


Figura 11. Distribución relación Tutor Asistencial y Tutor Facultad.

Como se aprecia, podemos considerar que en el total de la muestra, las relaciones con el Tutor de la Facultad, son inadecuadas, en un porcentaje elevado (76.4%) y coincidente en todos los grupos poblacionales, tanto en el grupo de Tutores (73.9%) como en el de No Tutores (81.3%).

326. ANDRÉS ROJO ROJO.

Tomando en consideración los resultados arrojados por las Distintas Dimensiones que componen la variable, es de destacar que el 84.3% de los entrevistados manifiestan no recibir información suficiente (en algún grado de acuerdo); el 87.9% afirma que el tutor no realiza contacto previo a la incorporación de los alumnos a los centros de prácticas (en algún grado de acuerdo); el 40.3% afirma que Nunca ha recibido la visita del Tutor de la Facultad.

8.1.4. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DEL CUESTIONARIO 3. VALORACIÓN DEL NIVEL DE FORMACIÓN PRÁCTICA DE LOS ALUMNOS.

Este cuestionario trata de analizar las impresiones de los tutores, en lo referente a la opinión que ellos tienen para con preparación previa de los alumnos, y el valor de las prácticas como actividad formativa. Así mismo analizamos la impresión del tutor para con la influencia de la actividad docente en la labor asistencial y viceversa; la influencia de la labor asistencial sobre el rol docente.

Este cuestionario 3 complementa al anterior, en el sentido de aportar información acerca de aspectos clave de la formación práctica, necesarios para considerar la posición general del tutor para con todo el proceso de formación práctica. En este caso, se atienden a las variables: *Valoración de la preparación de los alumnos, Concepción valor formativo de las prácticas, Afectación labor tutor sobre asistencial, Afectación carga asistencial sobre labor tutor.*

Variable Valoración De La Preparación Previa De Los Alumnos

Esta variable toma en cuenta la impresión del tutor, para con la preparación con la que los alumnos llegan a las prácticas clínicas a los distintos servicios. Esta variable se compone de un ítem, el cual, al ser agrupado para su análisis, nos arroja los siguientes resultados.

Variable Preparación Previa de los Alumnos	Frecuencia	% (% Corregido)	% Corregido Tutores	% Corregido No Tutores
Inadecuada	5	1.8 (1.8)	2.8 (n=5)	0 (n=0)
Poco Adecuada	166	59.3(60.4)	52.3 (n=94)	78.5 (n= 51)
Bastante Adecuada	99	35.4(36)	42.4 (n=76)	21.6 (n=14)
Excelente	5	1.8(1.8)	2.8 (n=5)	0 (n=0)
Ns/ Nc	5	1.8	0.6 (n=1)	2.9 (n=2)

(Inadecuada: 1 punto; poco adecuada: de 2 a 3 puntos; bastante adecuada: de 4 a 5 puntos; excelente más de 5 puntos)

Tabla 29. Distribución opinión tutores preparación previa alumnos.

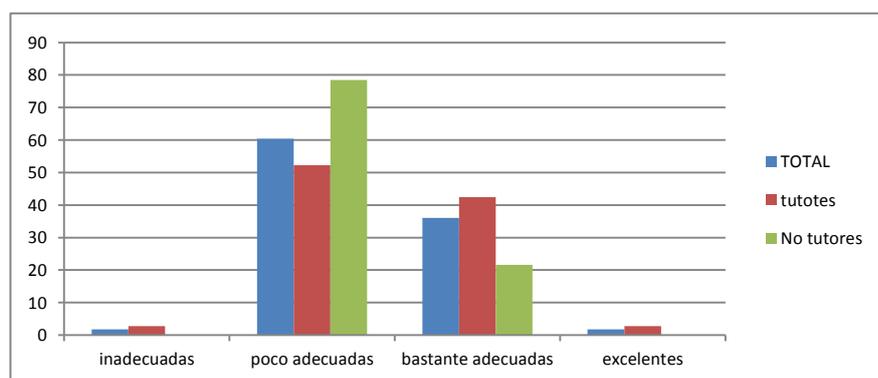


Figura 12. Distribución opinión tutores preparación previa alumnos.

Como se aprecia, podemos afirmar que en el total de la muestra, consideran que la preparación con que los alumnos llegan a las Prácticas Clínicas es “Poco Adecuada” (60.4%). Si atendemos al grupo poblacional, si bien la consideración se mantiene en el mismo sentido, existen diferencias sustanciales entre los distintos grupos, puesto que los Tutores, así lo consideran en el 52.3%, mientras que los No Tutores, lo hacen en un 78.5%.

Variable Valoración de la Formación Práctica que reciben los Alumnos

Esta variable explora la impresión que el tutor sobre la calidad de la formación práctica que reciben los alumnos, en sus servicios. Esta variable se compone de un ítem, el cual, al ser agrupado para su análisis, nos arroja los siguientes resultados.

Variable Práctica Alumnos	Formación de los	Frecuencia	% (% Corregido)	% Corregido Tutores	% Corregido No Tutores
Inadecuada		11	3.9 (4.0)	5 (n=9)	1.5 (n=1)
Poco Adecuada		103	36.8(37.5)	32.8 (n=59)	44.6 (n= 29)
Bastante Adecuada		154	55 (56)	58.9 (n=106)	53.8 (n=35)
Excelente		7	2.5(2.5)	3.3 (n=6)	0 (n=0)
Ns/ Nc		5	1.8	0.6 (n=1)	0 (n=0)

(Inadecuada: 1 punto; poco adecuada: de 2 a 3 puntos; bastante adecuada: de 4 a 5 puntos; excelente más de 5 puntos)

Tabla 30. Distribución opinión Formación Práctica de los alumnos.

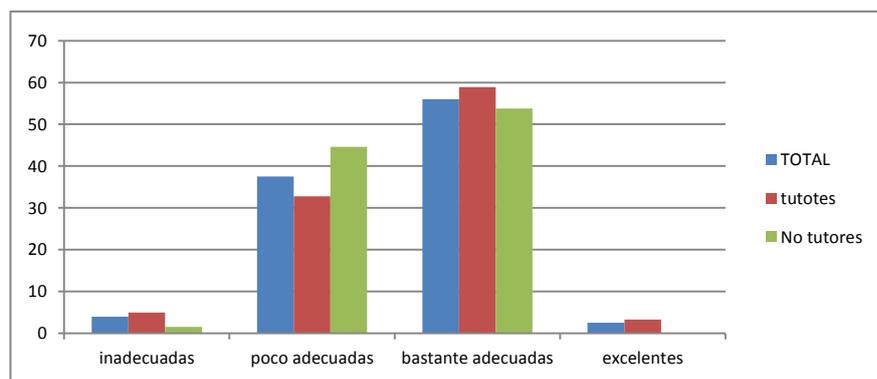


Figura 13. Distribución opinión Formación Práctica de los alumnos.

Como se aprecia, podemos afirmar que en el total de la muestra, consideran que la Formación Práctica que reciben los alumnos es Bastante Adecuada (56%), apreciándose escasa variación si atendemos a los distintos grupos poblacionales, puesto que los Tutores, así lo consideran en el 58.9%, mientras que los No Tutores, lo hacen en un 53.8%.

Variable Concepción Valor Formativo Prácticas Clínicas.

La Variable “Concepción del Valor Formativo de las Prácticas Clínicas”, toma en consideración las valoraciones y creencias de los profesionales de enfermería tienen hacia la Formación Práctica y la Utilidad de las Prácticas Clínicas como instrumento docente.

Para el análisis de esta Variable, la consideramos a priori compuesta por las siguientes Dimensiones: *Oportunidad de Aplicar conocimientos adquiridos en la formación académica*; y las *Oportunidad de Reflexionar sobre aspectos teórico-prácticos de la profesión*. Ambas dimensiones presentan un ítem cada una.

Respecto al a Variable, tomando en conjunto los datos de la dimensiones que la componen, nos ofrece el siguiente cuadro y gráfico adjunto.

Variable Formativa de las Prácticas Clínicas	Valor de las	Frecuencia	% (% Corregido)	%Corregido Tutores	%Corregido No Tutores
Inadecuada		5	1.8 (1.8)	1.7 (n=3)	1.5 (n=1)
Poco Adecuada		72	25.7(26.3)	23.8 (n=43)	30.8 (n= 20)
Bastante Adecuada		139	49.6 (50.7)	52 (n=93)	47.7 (n=31)
Excelente		58	20.7(21.2)	22.3 (n=40)	20 (n=13)
Ns/ Nc		6	2.1	1.1 (n=2)	0 (n=0)

(Inadecuadas: de 2 a 4 puntos; poco adecuadas: de 5 a 7 puntos; bastante adecuado: de 8 a 10 puntos; excelente: más 10 puntos.)

Tabla 31. Variable Valor formativo de las prácticas para los tutores.

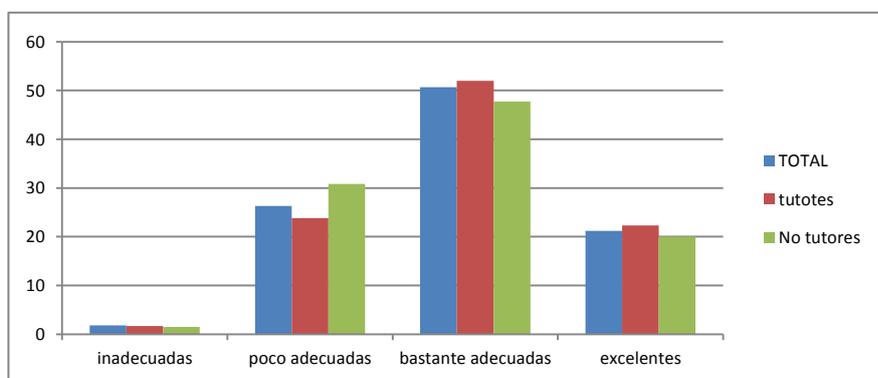


Figura 14. Variable Valor formativo de las prácticas para los tutores.

Como podemos apreciar, el 50.7% de los encuestados presentan ideas o concepciones que podemos catalogar como “Bastante Adecuadas”, manteniéndose este porcentaje relativamente estable si a tendemos a los grupos poblacionales (Tutores y No Tutores). Es igualmente de destacar, que el 21.2% expresa ideas que podemos catalogar de “Excelentes” respecto a las Prácticas como forma de enseñanza/aprendizaje.

Variable Afectación de la Labor como Tutor sobre la Labor Asistencial

Esta variable interroga al entrevistado sobre su opinión respecto de cómo afecta las tareas tutoriales en su quehacer como enfermero asistencial. Se compone de un ítem y como resultados nos arroja los siguientes datos. El 38% de los encuestados (35% Tutores vs 41.1 de los No Tutores), considera que la labor como tutor afecta siempre o casi siempre a la labor asistencial, restando tiempo de las mismas. Por el contrario los que consideran que la labor como tutor resta tiempo de las tareas asistenciales solo algunas veces, representa el 52.8% de todos los entrevistados. Aquellos que consideran que una no afecta sobre la otra, es el 9.2% de todos los entrevistados (10.3 tutores vs 8.8 no tutores).

Variable Labor Docente resta Labor Asistencial	Frecuencia	% (% Corregido)	%Corregido Tutores	%Corregido No Tutores
Si, Siempre	38	13.6 (13.8)	13.9 (n=25)	12.3 (n=8)
Si, Casi Siempre	61	21.8 (22.2)	18.3 (n=33)	26.2 (n= 17)
Algunas Veces	146	52.1 (53.1)	55 (n=99)	55.4 (n=36)
No, Nuca	29	10.4(10.5)	12.2 (n=22)	6.2 (n=6)
Ns/ Nc	6	2.2	2.2 (n=2)	0 (n=0)

Tabla 32. Variable labor docente resta labor asistencial.

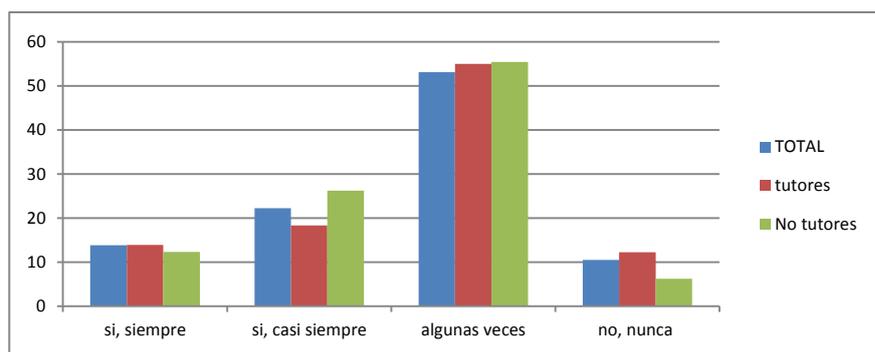


Figura 15. Variable labor docente resta labor asistencial.

Variable Repercusión de la Carga Trabajo Asistencial sobre la Labor Tutorial.

Esta variable interroga al entrevistado sobre su opinión respecto de cómo afecta las tareas docentes como tutor, al quehacer diario asistencial. Se compone de un ítem y como resultados nos arroja los siguientes datos El 49.9% de los encuestados (45.9% Tutores vs 51.5 de los No Tutores), considera que las tareas asistenciales y la carga de trabajo asistencial afecta siempre o casi siempre a la labor docente, restando tiempo de las mismas. Por el contrario los que consideran que la carga de trabajo asistencial resta tiempo de la labor tutorial solo algunas veces, es del 44.1% (45.9 vs 44.1). Solo el 6.6% de los encuestados consideran que la labor asistencial no influye sobre la docente.

Variable Carga Trabajo afecta a Labor Tutor	Frecuencia	% (% Corregido)	%Corregido Tutores	%Corregido No Tutores
Si, Siempre	56	20.0 (20.4)	18.3 (N=33)	21.5 (N=14)
Si, Casi Siempre	78	27.9 (28.4)	27.2 (N=49)	24.6 (N=16)
Algunas Veces	115	41.1(41.8)	41.7 (N=75)	50.8 (N=33)
No, Nuca	25	8.9 (9.1)	12.2 (N=22)	3.1 (N=2)
Ns/ Nc	6	2.2	2.2 (N=2)	0 (N=0)

Tabla 33. Opinión tutores afectación carga trabajo sobre labor docente.

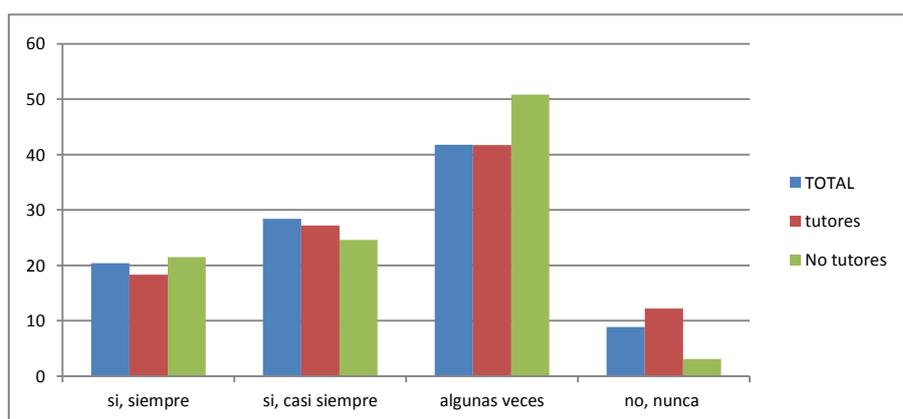


Figura 16. Opinión tutores afectación carga trabajo sobre labor docente

332. ANDRÉS ROJO ROJO.

8.1.5. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DEL CUESTIONARIO 4. ANÁLISIS DATOS CUESTIONARIO EFECTIVIDAD COMO TUTOR.

Este cuestionario, se consta de 10 variables, compuestas a su vez por distintas dimensiones. Cada dimensión es atendida por un ítem, realizado a partir de lo que se considera una afirmación que nos indique el posicionamiento del entrevistado en relación a la dimensión tratada.

Estas variables, son:

- Tiempo en el Servicio
- Conocimiento de los Objetivos propuestos por la universidad para la Formación Práctica
- El Grado de Planificación de las sesiones prácticas con los alumnos
- El Grado de Seguimiento del tutor para con el alumno
- El Nivel de Feedback que se establece entre tutor y alumno
- El Grado de Empatía que siente el tutor para con el alumno
- La Capacidad de Integración del alumno por parte del tutor en el Equipo de Trabajo
- La Relación Teoría-Práctica que realiza el tutor a lo largo de la estancia del alumno
- El Grado de Satisfacción del tutor para con la labor docente.
- El Grado de Satisfacción/ Motivación del tutor para con la labor asistencial de Enfermería

Variable Años de Experiencia en el Servicio.

El 31.9% de todos los encuestados (39.4% tutores y 18.5% no tutores) afirman estar en el servicio en el que se encuentran actualmente entre 3 y 5 años. En el grupo de no tutores, es mayoritario el grupo que se encuentra en el mismo servicio, entre 1 y 3 años. En el otro polo, los que se encuentran menos de 6 meses, representan el 9.8 de todos los encuestados, si bien en el grupo de los No Tutores, este porcentaje alcanza el 20%.

Ítem Experiencia en el Servicio.	Frecuencia	% (% Corregido)	% Corregido Tutores	% Corregido No Tutores
Menos de 6 meses	27	9.6(9.8)	1.7 (n=3)	20 (n=13)
Entre 6 meses y 1 año	15	5.4 (5.4)	2.8 (n= 5)	7.7 (n=5)
Entre 1 y 3 años	45	16.1(16.3)	12.8 (n=23)	23.1 (n=15)
Entre 3 y 5 Años	88	31.4 (31.9)	39.4 (n=71)	18.5 (n=12)
Entre 5 y 10 Años	41	14.6(14.9)	16.1 (n=29)	15.4 (n=10)
Más De 10 Años	60	21.4(21.7)	27.2 (n=49)	15.4 (n=10)
Ns/ Nc	4	1.4	0.6 (n=1)	0 (n=0)

Tabla 34. Distribución experiencia en el servicio de los tutores.

Si atendemos a los criterios establecidos por la bibliografía para considerar adecuada el nivel de experiencia en el mismo servicio de un tutor, éste se sitúa en no menos de 2 años. Por ello, en aras de operativizar las variables, los tramos comentados anteriormente los vamos a agrupar entono al grado de adecuación de la experiencia en el servicio de los tutores, de forma que queda así.

Variable Experiencia en el Servicio	Frecuencia	% (% corregido)	% corregido tutores	% corregido no tutores
Inadecuado	42	15 (15.2)	4.5 (n=8)	27.7 (n=18)
Poco adecuado	45	16.1(16.3)	12.8 (n=23)	23.1 (n=15)
Bastante adecuado	88	31.4(31.9)	39.4 (n=71)	18.5 (n=12)
Excelente	101	36(36.3)	43.3 (n=78)	30.8 (n=20)
Ns/ Nc	4	5.4	0.6 (n=1)	0 (n=0)

(Inadecuado: menos de 1 año; poco adecuado entre 1 y 3 años; bastante adecuado: entre 3 y 5 años; excelente más de 5 años)

Tabla 35. Adecuación experiencia en el servicio a la labor tutorial

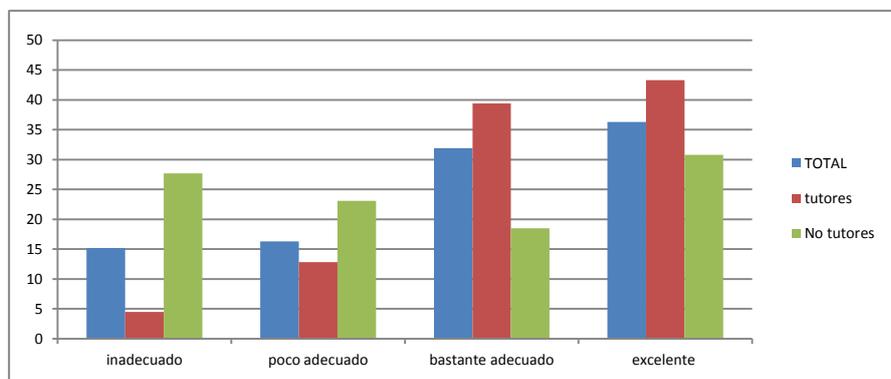


Figura 17. Adecuación experiencia en el servicio a la labor tutorial

Variable Conocimiento de los Objetivos Propuestos por la Universidad para la Formación Práctica.

El 66.8% de los encuestados afirma no conocer los objetivos propuestos por la universidad para la formación práctica de los alumnos. En cambio un 33.2% afirma conocerlos. La respuesta a esta variable presenta una desviación típica de 2.36. De entre aquellos que se reconocen como Tutores, el 59.6% afirma no conocer los objetivos formativos propuestos por la universidad para las estancias clínicas de los alumnos.

Variable Objetivos Propuestos Universidad	Conoce	Frecuencia	% (% corregido)	% corregido tutores	% corregido no tutores
SI		95	33.9 (34.5)	41.1 (n=74)	23.1 (n=15)
NO		180	64.5 (65.5)	58.9 (n=106)	76.9 (n= 50)
Ns/ Nc		5	1.8	0.6 (n=1)	0 (n=0)

Tabla 35. Conocimiento tutores objetivos de formación práctica.

Variable Planificación de las Actividades Prácticas.

Como veíamos en el apartado de metodología, La Variable “Planificación de las Actividades Prácticas”, toma en consideración el grado en que los tutores de enfermería planifican previamente al inicio de la actividad con el alumno, que se va a hacer y de qué manera. Es por ello, que la consideramos compuesta por tres Dimensiones, como son la Dimensión *Grado de Improvisación*, la Dimensión *Planificación con el alumno* y la Dimensión *Determinación de los Conocimientos previos del alumno*.

Tomada en su conjunto, al ser agrupadas las respuestas de las distintas Dimensiones, los resultados se muestran en la tabla 36.

Como podemos apreciar, las puntuaciones comprendidas entre 2 y 7 puntos (ambos inclusive) sobre un máximo de 12, aglutinan al 70.9% de los encuestados. Esto es, el 70.9% de los encuestados planifica poco o muy poco las actividades prácticas que va a realizar con sus alumnos. Si nos situamos en el polo opuesto, el 29.1% de los entrevistados, (29% de los tutores) planifican en un grado considerado “bastante”, con puntuaciones superiores a 8. Son inexistentes

estadísticamente hablando aquellos que planifican siempre sus acciones con los alumnos.

Variable Planificación Actividad Práctica	Frecuencia	% (% corregido)	% corregido tutores	% corregido no tutores
Inadecuado	51	18.2 (19.2)	15.7 (n=28)	22.2 (n=14)
Poco Adecuado	151	53.9(57)	58.4 (n=104)	55.6 (n= 35)
Bastante Adecuado	62	22.1(23.4)	25.3 (n=45)	22.2 (n=14)
Excelente	1	0.4 (0.4)	0.6 (n=1)	0 (n=0)
Ns/ Nc	15	5.4	1.7 (n=3)	3.1 (n=2)

(Inadecuado de 3 a 7 puntos; poco adecuado: de 8 a 12 puntos; bastante adecuado: 13 a 17 puntos; excelente más 17 puntos.)

Tabla 36. Distribución planificación de los actividades prácticas con alumnos

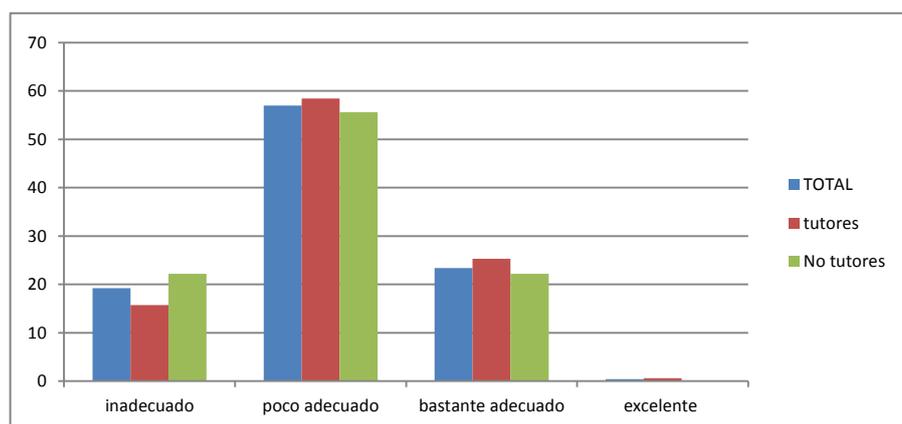


Figura 17. Distribución planificación de los actividades prácticas con alumnos

Si atendemos a las distintas Dimensiones, por separado, destaca que de forma genérica, los entrevistados consideran que usan “Poca Improvisación” en un 27.4% en sus actividades docentes como tutores; que “Raras veces” establecen un “plan de prácticas”, con los alumnos en el momento de su incorporación, con un 27.5% de las respuestas en este sentido; el 32.2% de los encuestados, afirma determinar los conocimientos previos de los alumnos “Casi Siempre”.

Variable Seguimiento de las Actividades Prácticas.

La Variable “Seguimiento de las Actividades Prácticas”, toma en consideración el grado en que los tutores de enfermería acompañan, asesoran y

vigilan las actividades del alumno durante su estancia en los servicios hospitalarios. Es por ello, que la consideramos compuesta por dos Dimensiones, como son la Dimensión *Valoración del grado de actividades autónomas* y *Vigilancia y seguimiento del alumno*.

Respecto al a Variable, tomando en conjunto los datos de la dimensiones que la componen, nos ofrece el siguiente cuadro y gráfico adjunto.

Variable Seguimiento de las Actividades Prácticas	Frecuencia	% (% Corregido)	% Corregido Tutores	% Corregido No Tutores
Inadecuado	0	0 (0)	0 (n=0)	0 (n=0)
Poco Adecuado	8	2.9(3)	3.4 (n=6)	1.5 (n= 1)
Bastante Adecuado	70	25(26)	22.9 (n=41)	31.3 (n=20)
Excelente	191	68.2(71)	73.7 (n=132)	67.2 (n=43)
Ns/ Nc	11	3.9	1.1 (n=2)	1.5 (n=1)

(Inadecuado: de 2 a 4 puntos; poco adecuado: de 5 a 7 puntos; bastante adecuado: 8 a 10 puntos; excelente: más 10 puntos.)

Tabla 37. Seguimiento de las actividades del alumno por parte del tutor.

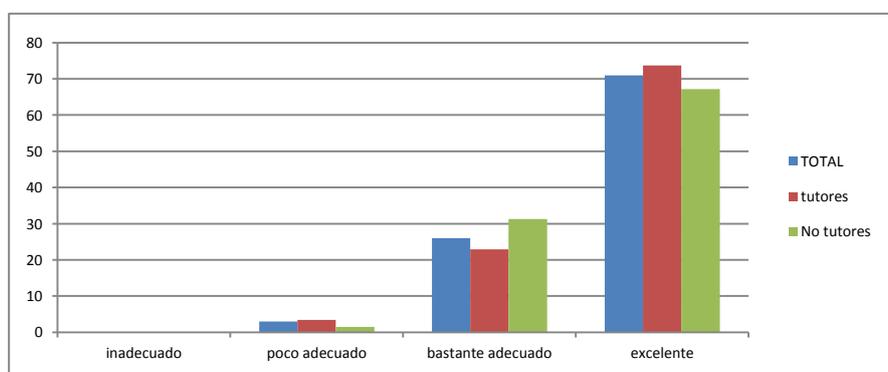


Figura 19. Seguimiento de las actividades del alumno por parte del tutor

Como podemos apreciar, una amplia mayoría (71%) de los entrevistados obtienen puntuaciones superiores a 10 puntos sobre 12 posibles, siendo considerada esta puntuación como "Excelente", en lo que respecta a su comportamiento a la hora de seguimiento a los alumnos. Es de destacar que este porcentaje es ligeramente superior en el grupo de los Tutores, frente a los No Tutores, 73.7% frente a 67.2%.

Si atendemos a las respuestas dadas en las distintas dimensiones, podemos decir que el 90.3% de los entrevistados, afirman valorar las actividades que puede realizar el alumno de una forma autónoma, al tiempo que el 97.1% afirma vigilar las actividades que realiza el alumno durante sus estancias hospitalarias en un grado muy alto de acuerdo.

Variable Modelo de Enseñanza.

En esta variable atendemos a aquellos comportamientos que realiza el tutor para formar al alumno. Entre las distintas dimensiones o conductas que componen este comportamiento del tutor para con el alumno, se encuentra el *Grado en que tutor propicia la Participación Activa/Implicación del alumno; el Grado en que Proporciona actividades interesantes para el alumno; el Grado de Rol Activo en situaciones complejas y la Evaluación a partir de la Imitación de conductas Observadas en el tutor*. Para ello se han planteado ítems que recogen conductas con poco valor desde el punto de vista educativo.

Las respuestas dadas a estas Dimensiones, han sido agrupadas y catalogadas para su posterior análisis en conjunto. La categorización ha sido realizada en base a la adecuación a las prácticas del Aprendizaje en la Acción. Esta categorización se realiza entorno a 4 estratos que oscila entre Inadecuado y Excelente.

Como podemos apreciar en la tabla y gráfico adjuntos, las puntuaciones comprendidas entre 4 y 9 puntos (ambos inclusive) sobre un máximo de 24, aglutinan al 71.8% de los encuestados. Esto es, el 71.8% de los encuestados utiliza un modelo formativo basado en la observación, la delegación de actividades rutinarias y poco arriesgadas, y basadas en la evaluación a partir de la repetición de conductas e imitación de comportamientos o prácticas del tutor. Es más, esta cifra aumenta cuando tratamos el grupo de tutores, donde no sobrepasan los 9 puntos el 78% de aquellos que se identifican como Tutores. Estas cifras han catalogadas como inadecuadas, atendiendo a la adecuación a modelos educativos basados en el Aprendizaje en la Acción.

Variable Enseñanza	Modelo	Frecuencia	% (% Corregido)	% Corregido Tutores	% Corregido No Tutores
Inadecuado		191	68.2(71.8)	78 (n=138)	63.5 (n=40)
Poco Adecuado		71	25.4(26.7)	20.9 (n=37)	33.3 (n= 21)
Bastante Adecuado		4	1.4 (1.5)	1.1 (n=2)	3.2 (n=2)
Excelente		0	0 (0)	0 (n=0)	0 (n=0)
Ns/ Nc		14	5	2.2 (n=4)	3.1 (n=2)

(Inadecuado: de 4 a 9 puntos; Poco Adecuado: de 10 a 15 puntos; Bastante Adecuado: 16 a 21 puntos; Excelente más 21 puntos.)

Tabla 38. Adecuación modelo de enseñanza de los tutores.

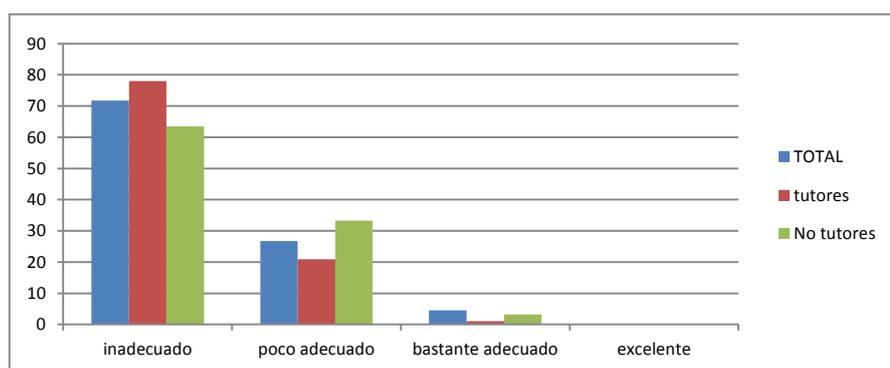


Figura 20. Adecuación modelo de enseñanza de los tutores.

Si atendemos a las Dimensiones de forma independiente, el 68.8% de todos los encuestados y el 75.4% de los que se reconocen como Tutores, están “Muy de Acuerdo”, con que el comportamiento que debe llevar el alumno es primero observar, para posteriormente repetir lo visto tal y como se lo mostró el tutor; el 39.2% de todos los encuestados y el 42.8% de los tutores se muestran “Muy de Acuerdo” en delegar en el alumno aquellas tareas rutinarias (determinaciones de glucemia, de Tensión Arterial, etc.) y menos peligrosas para el paciente; el 26.8% de todos los encuestado (34.1% de los Tutores) se muestran “Muy de Acuerdo” en el alumno debe adoptar un Rol Secundario en un caso complejo, como la canalización de una vía venosa dificultosa, etc; el 50.6% de todos los encuestado (53.9% de los Tutores) se muestran “Muy de Acuerdo” en otorgar buenas calificaciones cuando el alumno realiza las actividades de enfermería tal y como se las ha mostrado el tutor.

Variable Feedback Tutor-Alumno.

En esta variable atendemos a aquellos comportamientos que realiza el tutor para comunicarse de forma eficaz con el alumno. Entre las distintas dimensiones o conductas que componen este comportamiento, se encuentra el denominado Feedback Positivo, o comunicar los aspectos positivos de lo realizado. Y el Feedback Negativo, o comunicar lo que hace mal y en que se ha fallado. Se han aglutinado distintas Dimensiones como son: *Comunicar la manera de Mejorar; Señalar conductas Inadecuadas o erróneas; Señalar conductas Adecuadas o Positivas; Dotar al alumno de Libertad de Expresión; Repasar lo visto durante la Jornada.*

Tomando en conjunto los datos de las dimensiones que la componen, nos ofrece el siguiente cuadro y gráfico adjunto. Para el estudio de esta variable, como en anteriores variables, se han agrupado las puntuaciones y clasificados en cuatro estratos, según las puntuaciones obtenidas.

Variable Feedback Tutor-Alumno	Frecuencia	% (% Corregido)	% Corregido Tutores	%Corregido No Tutores
Inadecuado	0	0 (0)	0 (n=0)	0 (n=0)
Poco Adecuado	6	2.1 (2.3)	0.6 (n=1)	4.8 (n= 3)
Bastante Adecuado	88	31.4(33.5)	27.4 (n=48)	47.6 (n=30)
Excelente	169	60.4(64.3)	72 (n=126)	47.6 (n=30)
Ns/ Nc	7	6.1	3.3 (n=6)	3.1 (n=2)

(Inadecuado: de 5 a 11puntos; Poco Adecuado: de 12 a 18 puntos; Bastante Adecuado: 19 a 25 puntos; Excelente más 25 puntos.)

Tabla 39. Adecuación Feedback Tutor-Alumno.

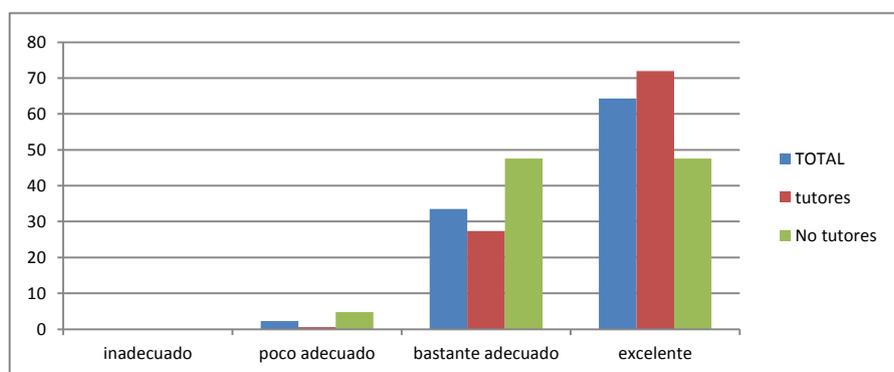


Figura 21. Adecuación Feedback Tutor-Alumno.

340. ANDRÉS ROJO ROJO.

Como podemos apreciar, las puntuaciones superiores a 25 puntos sobre 30 posibles, suponen el 64.3% de todos los encuestados, destacando especialmente esta categorización entre el grupo de los Tutores, donde se alcanza el 72%. Es decir, el 64.3% de todos los encuestados (72% de los Tutores) afirma presentar comportamientos y actitudes que podemos considerar “Excelentes”, respecto al Feedback establecido para con el alumno en prácticas, durante su labor como tutor. Destaca igualmente que en el grupo de los No Tutores, esta categorización representa el 47.6%.

Si atendemos a las Dimensiones de forma independiente, el 61 % de todos los encuestados y el 69.3% de los que se reconocen como Tutores, afirman que “Siempre” Comunican al alumno la manera en que mejorar sus acciones y comportamientos durante sus prácticas; el 72.8% de los entrevistados (76.5% de los Tutores) afirman que “Siempre” señalan al alumno lo que hace mal o los comportamientos erróneos; el 66.4% (73.7% de los Tutores) afirma que “Siempre” señalan las buenas acciones y comportamientos deseados llevados a cabo por el alumno en sus prácticas; el 50.6% de los encuestados (55.6% de los Tutores) de los encuestados afirman que “Siempre” dan libertad de expresión a sus alumnos durante la realización de sus prácticas; finalmente, el 39.1% de los entrevistados (42.4% de los Tutores) afirman estar “Bastante de Acuerdo” con dedicar parte de la Jornada Laboral a recordar con el alumno lo visto en la jornada.

Variable Grado de Empatía Tutor-Alumno.

En esta variable atendemos los criterios estimados para establecer la presencia de actitudes empáticas del tutor para con el alumno. Pese a que la empatía es un concepto ambiguo y difícil de apreciar y definir, consideramos para nuestro estudio, la atención de distintos aspectos de la misma otorgándoles el carácter de Dimensiones, como son el *Grado de Identificación del tutor para con el alumno*, *entender o Reconocer el grado de estrés que sufre el alumno durante su periodo de prácticas*, *la autoimagen o el sentimiento que despierta el alumno en el tutor de Identificación Personal* y el *Sentimiento de “ternura” y protección materno-filial del tutor para con el alumno*.

Tomando en conjunto los datos de las dimensiones que la componen, nos ofrece el siguiente cuadro y gráfico adjunto.

Variable Empatía	Grado De	Frecuencia	% (% Corregido)	%Corregido Tutores	%Corregido No Tutores
Inadecuado		8	2.9(3)	2.3 (n=4)	1.6 (n=1)
Poco Adecuado		59	21.1(22.1)	24 (n=42)	20.6 (n= 13)
Bastante Adecuado		151	53.9(56.6)	54.9 (n=96)	58.7 (n=37)
Excelente		49	17.5(18.4)	18.9 (n=33)	19 (n=12)
Ns/ Nc		13	4.6	3.3 (n=6)	3.1 (n=2)

(Inadecuado: de 4 a 9 puntos; poco adecuado: de 10 a 15 puntos; bastante adecuado: 16 a 21 puntos; excelente más 21 puntos.)

Tabla 40. Grado de empatía entre Tutor y Alumno

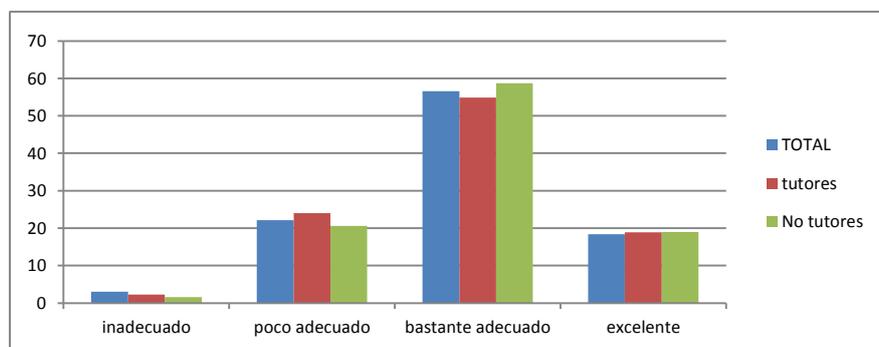


Figura 22. . Grado de empatía entre Tutor y Alumno

Como podemos apreciar, las puntuaciones comprendidas entre 16 y 21 puntos sobre 24 posibles, aglutinan al 56.6% de los encuestados, es decir pueden poseer unas actitudes empáticas bastante adecuadas para el desempeño de la labor tutorial., Aquellos que puntúan más de 21 puntos, sobre 24, categorizados como “Excelente”, supone el 18.4% de todos los entrevistados, y en particular, el 18.9% de los tutores, y el 19 de los no tutores. Es relevante la similitud de los datos obtenidos por Tutores y por No Tutores, lo que nos da una idea de la homogeneidad de la respuesta y la independencia de esta condición.

Esta independencia se mantiene estable en todas y cada una de las dimensiones que componen la variable. De esta forma, el 39.5% de los encuestados (38.5% de los Tutores) afirman que “Casi Siempre” se sienten identificados con el alumno durante su periodo de prácticas; el 42.6% de los

entrevistados (45.2% de los Tutores), “Siempre” entienden el grado de estrés de los alumnos a afrontar su formación práctica.

Variable Integración del alumno en el trabajo del equipo multidisciplinar.

En esta variable atendemos al grado en que los tutores favorecen la integración de los alumnos en el equipo de trabajo, para lo que atendemos a las siguientes Dimensiones-Ítems: *Asignar tareas propias al alumno dentro del equipo de trabajo, Presentar al alumno al equipo de trabajo, Invitar al alumno a participar en las conversaciones del equipo de trabajo, y finalmente Estimular la colaboración en equipo entre profesionales y alumnos.*

Tomando en conjunto los datos de las dimensiones que la componen, nos ofrece la siguiente tabla y gráfico adjunto.

Variable Integración Alumno Equipo	Frecuencia	% (% Corregido)	% Corregido Tutores	% Corregido No Tutores
Inadecuado	1	0.4 (0.4)	0 (n=0)	0 (n=0)
Poco Adecuado	30	10.7(11)	10.6 (n=19)	10.9 (n= 7)
Bastante Adecuado	124	44.3(45.6)	39.7 (n=71)	59.4 (n=38)
Excelente	117	41.8 (43)	49.7 (n=89)	29.7 (n=19)
Ns/ Nc	8	2.9	1.1 (n=2)	1.5 (n=1)

(Inadecuada: de 4 a 9 puntos; Poco Adecuada: de 10 a 15 puntos; Bastante Adecuada: 16 a 21 puntos; Excelente más 21 puntos.)

Tabla 41. Grado integración del alumno en el equipo de trabajo

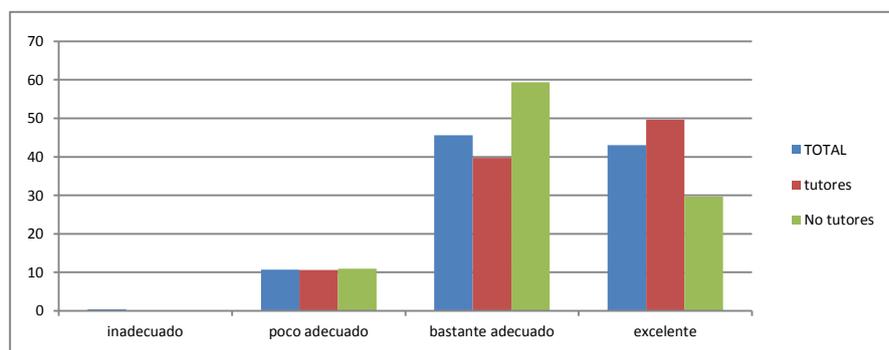


Figura 23. Grado de integración del alumno en el equipo de trabajo.

Como podemos apreciar, las puntuaciones comprendidas entre 16 y 21 puntos sobre 24 posibles, aglutinan al 45.6% de todos los encuestados, es decir estimulan la integración del alumno en el equipo de trabajo durante el desempeño de la labor tutorial de una forma que consideramos bastante adecuada. Destaca que el grupo de los Tutores, obtienen más de 21 puntos, sobre 24 posibles, en un 49.7%, siendo categorizados como “Excelente” el grado de Integración de los Tutores para con los alumnos en el equipo de trabajo. Se aprecia una notable diferencia con el grupo de los No Tutores, pues obtienen esta consideración el 29.7% de los que así se reconocen.

Si atendemos a las distintas Dimensiones que compone esta Variable, obtenemos que, el 46% de los entrevistados (48.6% de los Tutores), afirman que “Siempre” estimulan la colaboración del alumno con el equipo de trabajo; el 60.3% de todos los entrevistados, (65.4% de los Tutores) presenta al equipo de trabajo; 42.6 % de los entrevistados (46.9 de los Tutores), invita al alumno a expresar su opinión abiertamente en el equipo de trabajo; finalmente el 31.1% de los entrevistados (el 46.9% de los Tutores) asignan tareas propias al alumno en el seno del equipo de trabajo.

Variable Relación Teoría-Práctica.

En esta variable atendemos al grado en que los tutores favorecen la integración de los conocimientos teóricos adquiridos en el aula con lo visto en las situaciones de práctica cotidiana, así como estimula la justificación e investigación las explicaciones científicamente adecuadas a lo acontecido en lo visto en el quehacer diario. Es una forma de mostrar la vinculación real entre teoría y práctica, alejada de la dicotomía tradicional. Para ello se han establecido tres dimensiones como son: *Justificación de lo realizado con evidencia científica* (práctica basada en la evidencia), *Relacionar los contenidos teóricos con lo visto en prácticas*, y *Estimular la profundización en aquello que al alumno le parece interesante de la práctica diaria*.

Tomando en conjunto los datos de las dimensiones que la componen, nos ofrece la tabla 42 y gráfico adjunto.

Como podemos apreciar, las puntuaciones comprendidas entre 11 y 14 puntos sobre 18 posibles, aglutinan al 67.7% de los encuestados (73.7% de los

Tutores), es decir favorecen la relación entre teoría y práctica durante su labor tutorial de una forma que consideramos Bastante Adecuada. Aquellos que puntúan 15 puntos o más, sobre 18, categorizados como “Excelente”, supone el 14.3% (14.9% de los Tutores) de todos los entrevistados. Es de destacar que son inexistentes aquellos entrevistados que podríamos considerar inadecuados en lo que respecta a su relación teoría-práctica.

Variable Relación Teoría Práctica	Frecuencia	% (% Corregido)	% Corregido Tutores	% Corregido No Tutores
Inadecuado	2	0.7 (0.8)	0 (n=0)	3.2 (n=2)
Poco Adecuado	44	15.7 (16.5)	11.4 (n=20)	28.6 (n= 18)
Bastante Adecuado	180	64.3 (67.7)	73.7 (n=129)	50.8 (n=32)
Excelente	40	14.3 (15)	14.9 (n=26)	17.5 (n=11)
Ns/ Nc	14	5	3.3 (n=6)	3.1 (n=2)

(Inadecuado: de 3 a 6 puntos; poco adecuado: de 7 a 10 puntos; bastante adecuado: 11 a 14 puntos; excelente 15 o más puntos.)

Tabla 42. Adecuación opinión tutor relación entre teoría y práctica

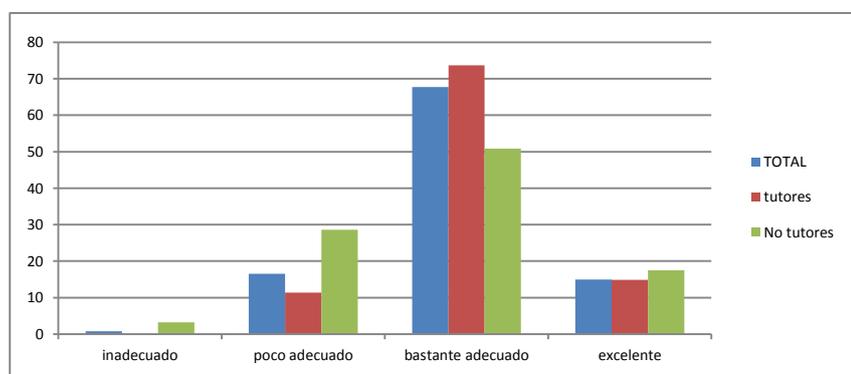


Figura 24. Adecuación opinión tutor relación entre teoría y práctica.

Si atendemos a las distintas Dimensiones de la Variable, tenemos que 43.9% de los entrevistados (48.9% de los Tutores) considera que “Siempre” justifica con evidencia científica las acciones y cuidados mostrados y/o realizados con los alumnos; el 41.5% de los entrevistados (45.3% de los Tutores) afirman que “Siempre” estimulan a sus alumnos a que profundicen en los aspectos que consideran interesantes de la práctica; finalmente el 44.2% de los entrevistados

(42.7% de los Tutores), afirman que “Casi Siempre” relacionan la Teoría con la Práctica en sus acciones como tutor.

Variable Satisfacción Como Tutor.

En esta variable atendemos al grado en que los tutores consideran satisfactoria y gratificante su participación como tal, tanto a nivel profesional como personal. Por ello atenderemos a dos Dimensiones, como son el *Grado de satisfacción como Tutor*, y el *Grado de realización profesional* al participar en la formación de un colega, función moral reconocida en el código deontológico. Tomando en conjunto los datos de las dimensiones que la componen, nos ofrece el siguiente cuadro y gráfico adjunto.

Variable satisfacción como tutor	Frecuencia	% (% corregido)	% corregido tutores	% corregido no tutores
Inadecuado	10	3.6 (3.8)	3.4 (n=6)	3.1 (n=2)
Poco Adecuado	53	18.9 (20)	15.2 (n=27)	28.1 (n= 18)
Bastante Adecuado	120	42.9 (45.9)	53.4 (n=95)	29.7 (n=19)
Excelente	82	29.3 (30.9)	28.1 (n=50)	39.1 (n=25)
Ns/ Nc	15	5.4	1.7 (n=3)	1 (n=1.5)

(Inadecuado: de 2 a 4 puntos; poco adecuado: de 5 a 7 puntos; bastante adecuado: 8 a 10 puntos; excelente más 10 puntos.)

Tabla 43. Adecuación grado de Satisfacción como tutor.

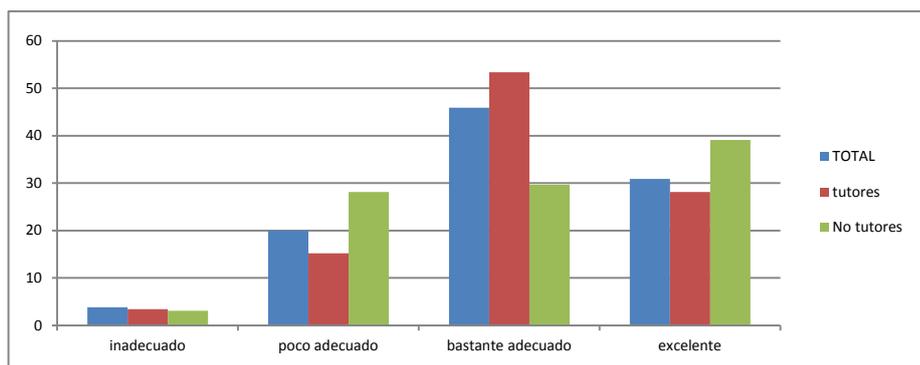


Figura 25. Adecuación grado de Satisfacción como tutor.

Como podemos apreciar, las puntuaciones comprendidas entre 8 y 10 puntos sobre 12 posibles, aglutinan al 45.9% de los encuestados (53.4% de los

Tutores), es decir se sienten satisfechos al realizar su labor como tutor de una forma que podemos considerar como “Bastante Adecuada”. Aquellos que puntúan más de 10 puntos, sobre 12, categorizados como “Excelente”, supone el 29.3% de todos los entrevistados (el 28.1% de los Tutores). Es de destacar que aquellos que obtienen puntuaciones poco adecuadas o inadecuadas, suponen el 23.8% de todos los entrevistados, siendo llamativos entre el grupo de Tutores, pues representa el 18.6% de los mismos, mientras que en el grupo de los No Tutores, este porcentaje es del 31.2%.

Si atendemos a las Dimensiones que componen la Variable, tenemos que 44.2% de los entrevistados (45.8% de los Tutores) “Casi Siempre” sienten satisfacción personal y profesional por ser tutor; en el polo opuesto, solamente el 5.4% (3.9% de los Tutores) sienten Nunca o Raras veces satisfacción personal y profesional por ser tutor. En otro orden, el 31% de los entrevistados (36.5% de los Tutores) afirman que “Casi Siempre” se sienten realizados como enfermeras/os al participar en la formación de futuros colegas; solamente el 7.5% (7.3% de los Tutores) “Nunca” o “Raras Veces”, se sienten realizadas/os al participar en la formación de colegas.

Variable Grado de Motivación para la Labor Asistencial

En esta variable se pretende averiguar el grado de motivación, valorado de 1 a 6. Se compone de un solo ítem, categorizado de forma cualitativa, desde nada motivado hasta muy motivado, pasando de esta forma por 6 estratos, puntuados de 1 a 6 en orden creciente según grado de motivación.

El 57.3% de todos los encuestados (el 59.6% de los Tutores) poseen según los datos un nivel adecuado de Motivación para la labor Asistencial; es de destacar que es prácticamente nulo (0.7% de todos los entrevistados) aquellos que podemos considerar como que poseen una motivación “Inadecuada” para realizar la labor asistencial.

Grado De Motivación Asistencial	Frecuencia	% (% Corregido)	% Corregido Tutores	% Corregido No Tutores
Inadecuado	2	0.7 (0.7)	0 (n=0)	0 (n=0)
Poco Adecuado	48	17.1 (17.9)	14.7 (n=26)	22.2 (n=14)
Adecuado	153	54.6 (57.3)	59.6 (n=104)	57.1 (n=36)
Excelente	64	22.9(24)	26.1 (n=46)	20.6 (n=13)
Ns/ Nc	13	4.6	2.8 (n=5)	3.1 (n=2)

(Inadecuado: 1 punto; poco adecuado: de 2 a 3 puntos; adecuado: 4 a 5 puntos; excelente 6 puntos.)

Tabla 44. Grado de motivación tutor labor asistencial.

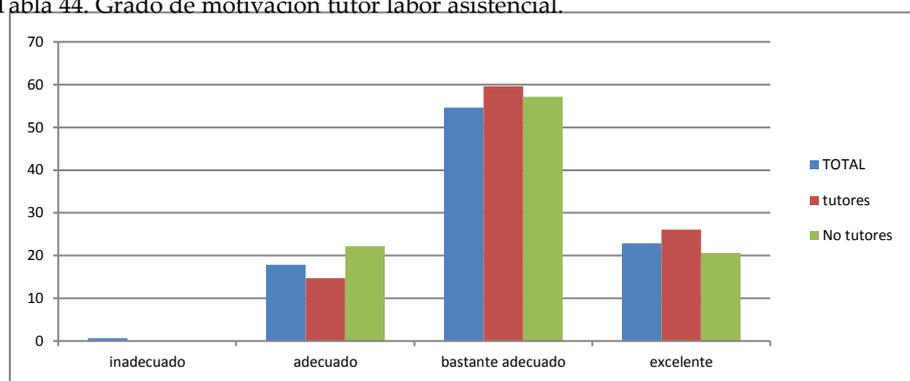


Figura 26. Grado de motivación tutor labor asistencial.

8.1.6. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DEL CUESTIONARIO 5. FUNCIONES ASUMIDAS COMO TUTOR ASISTENCIAL.

Variable Atender la Incorporación de los Alumnos a la Dinámica de Trabajo de la Unidad.

El 49.6% de todos los encuestados (el 55.8% de los tutores y el 41.3 % de los No Tutores) afirman, que “Siempre” atienden la Incorporación de los alumnos a la dinámica de trabajo del servicio durante la Formación Práctica. Este comportamiento es llevado a cabo “Habitualmente” por el 42.5% de todos los encuestados, el 41.8% de los Tutores y el 39.7% de los No Tutores. En el polo opuesto, aquellos que afirman que “Nunca” han atendido a la incorporación de

los alumnos supone el 2.6% de todos los encuestados, mayor en los No Tutores (3.2%) que en los Tutores(1.1%).

Atiendo a la Incorporación de los Alumnos	Frecuencia	% (% Corregido)	% Corregido Tutores	% Corregido No Tutores
Nunca	7	2.5 (2.6)	1.1 (n=2)	3.2 (n=2)
En Ocasiones	13	4.6 (4.9)	1.7 (n=3)	15.9 (n=10)
Habitualmente	114	40.7 (42.5)	41.8 (n=74)	39.7 (n=29)
Siempre	133	47.5 (49.6)	55.4 (n=98)	41.3 (n=26)
Ns/ Nc	12	4.3	2.2 (n=4)	3.1 (n=2)

Tabla 45. Función tutor: atiende a incorporación alumnos.

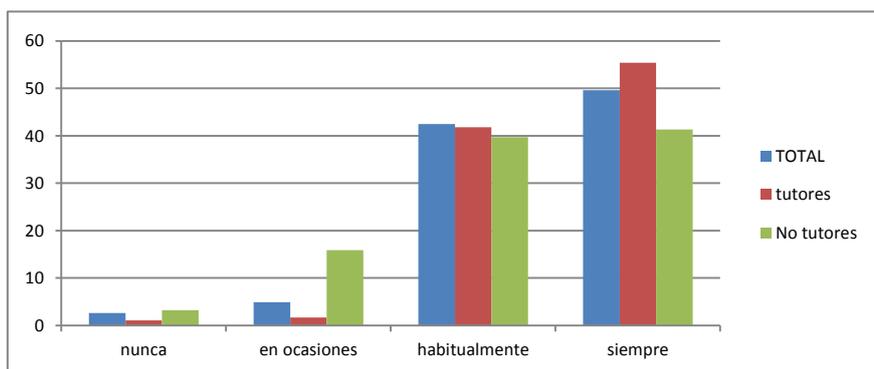


Figura 27. Función tutor: atiende a incorporación alumnos.

Variable Colaborar con el Tutor de la Facultad y el propio Alumno en el Diseño de un Plan de Prácticas Clínicas

El 65.8% de todos los encuestados (el 65.9% de los Tutores y el 69.9% de los No Tutores) afirman, que “Nunca” han colaborado con el Tutor de la Facultad y el propio Alumno en el diseño de un plan de prácticas. Solamente el 3.9% de todos los encuestados, el 4.5% de los Tutores, 1.6% de los No Tutores, reconocen que “Siempre” colaboran con el Tutor de la Facultad.

Colaboro con el Tutor Facultad Plan Practicas	Frecuencia	% (% Corregido)	% Corregido Tutores	% Corregido No Tutores
Nunca	173	61.8 (65.8)	65.9 (n=116)	69.4 (n=43)
En Ocasiones	55	19.6(20.9)	22.2 (n=39)	14.5 (n=9)
Habitualmente	24	8.6 (9.1)	7.4 (n=13)	14.5 (n=9)
Siempre	11	3.9 (4.2)	4.5 (n=8)	1.6 (n=1)
Ns/ Nc	17	6.1	2.8 (n=5)	3.1 (n=2)

Tabla 46. Función tutor: colaborar Tutor Facultad elaborar plan de prácticas.

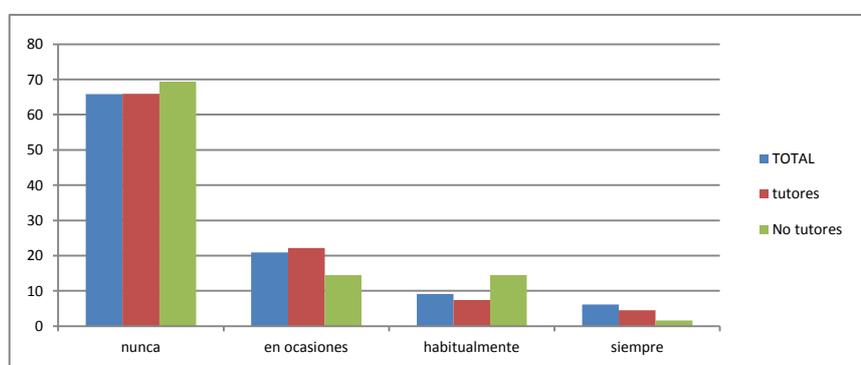


Figura 28. Función tutor: colaborar Tutor Facultad elaborar plan de prácticas.

Variable Asesorar y Colaborar con El Tutor de la Facultad durante el periodo de Prácticas Clínicas.

El 71.8% de todos encuestados (el 70.9% de los Tutores y el 77.4% de los No Tutores) afirman, que “Nunca” Asesoran y Colaboran con el Tutor de Facultad durante el periodo de Prácticas Clínicas. En el polo opuesto, aquellos que afirman que “Siempre”, Asesoran y Colaboran con el Tutor de Facultad durante el Periodo de Prácticas supone el 3.1% de todos los encuestados, el 2.9% de los Tutores y el 4.6% de los No Tutores.

Asesorio Y Colaboro con Tutor Facultad	Frecuencia	% (% Corregido)	% Corregido Tutores	% Corregido No Tutores
nunca	188	67.1 (71.8)	70.9 (n=124)	77.4 (n=48)
en ocasiones	46	16.4 (17.6)	19.4 (n=34)	11.3 (n=7)
Habitualmente	20	7.1 (7.6)	6.9 (n=12)	9.7 (n=6)

Siempre	8	2.9 (3.1)	2.9 (n=5)	1.6 (n=1)
ns/ nc	18	6.4	2.8 (n=5)	4.6 (n=3)

Tabla 47. Función tutor: asesorar y colaborar Tutor Facultad.

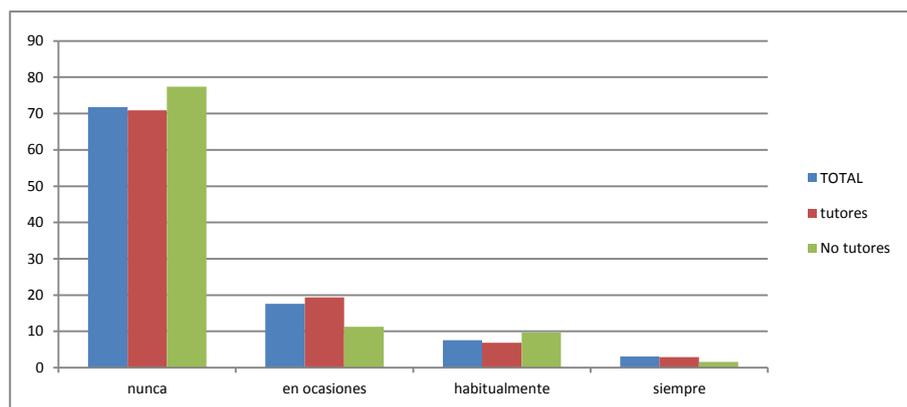


Figura 29. Función tutor: asesorar y colaborar Tutor Facultad.

Variable Apoyar y Seguir la Evolución del Alumno, Resolver sus Dudas y Problemas surgidos en el Desarrollo de las Actividades Prácticas.

El 46.1% de todos encuestados (el 50% de los Tutores y el 40.6% de los No Tutores) afirman, que "Siempre" Apoyan, Siguen la Evolución de los alumnos y Resuelven sus dudas y problemas surgidos durante sus actividades prácticas. El El 46.4% de Todos los Encuestados, el 46% de los Tutores, y el 48.4% de los No Tutores, afirman Solamente el 3% de todos los encuestados afirman que nunca lo realizan, especialmente entre el colectivo de los No Tutores, 6.3%.

Apoyo y sigo la evolución alumno	Frecuencia	% (% Corregido)	% Corregido Tutores	% Corregido no Tutores
nunca	8	2.9(3)	0.6 (n=1)	6.3 (n=4)
en ocasiones	11	3.9 (4.1)	3.4 (n=6)	4.7 (n=3)
habitualmente	124	44.3 (46.4)	46 (n=81)	48.4 (n=31)
siempre	123	43.9(46.1)	50 (n=88)	40.6 (n=26)
ns/ nc	13	4.6	2.8 (n=5)	1.5 (n=1)

Tabla 48. Función tutor: seguir la evolución del Alumno

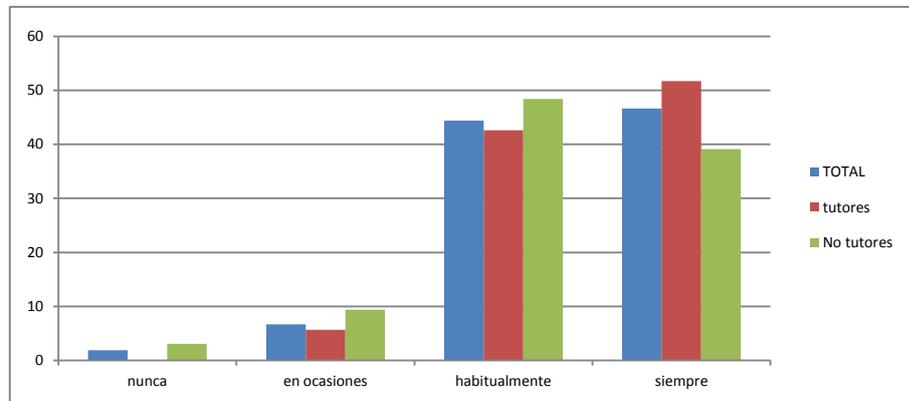


Figura 30. Función tutor: seguir la evolución del Alumno

Variable Acompañar y Asesorar en las Actividades a Desarrollar por el Alumno en su periodo de Prácticas

El 46.6% de todos encuestados (el 51.7% de los Tutores y el 39.1% de los No Tutores) afirman, que “Siempre” Acompañan y Asesoran en las actividades a desarrollar por el alumno en su periodo de prácticas. Solamente el 1.9% de todos los encuestados afirman que “Nunca” lo realizan, especialmente entre el colectivo de los No Tutores, 3.1%.

Acompañó y Asesoró en las Actividades	Frecuencia	% (% Corregido)	% Corregido Tutores	% Corregido No Tutores
Nunca	5	1.8 (1.9)	0 (n=0)	3.1 (n=2)
En Ocasiones	18	6.4(6.7)	5.7 (n=10)	9.4 (n=6)
Habitualmente	119	42.5 (44.4)	42.6 (n=75)	48.4 (n=31)
Siempre	125	44.6 (46.6)	51.7 (n=91)	39.1 (n=25)
Ns/ Nc	13	4.6	2.8 (n=5)	1.5 (n=1)

Tabla 49. Función tutor: acompañó y asesoró al Alumno.

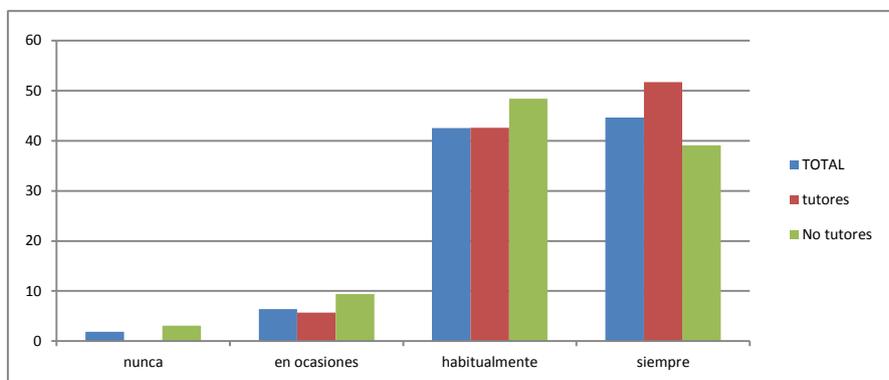


Figura 31. Función tutor: acompañamiento y asesoría al Alumno.

Variable Realizar al Alumno propuestas de Situaciones de Aprendizaje posibles y Estimulo la Reflexión sobre las Actividades Desarrolladas

El 31.5% de Todos encuestados (el 37.1% de los Tutores y el 21.9% de los No Tutores) afirman, que “Siempre” Realizan propuestas de situaciones de aprendizaje y posibles estímulos para la reflexión de los alumnos. Este comportamiento es realizado “Habitualmente” por el 53.9% de todos los entrevistados, (53.1% de los Tutores y el 48.4% de los No Tutores) Solamente el 1.4% de todos los encuestados afirman que “Nunca” lo realizan, especialmente entre el colectivo de los No Tutores, 3.1%.

Realizo al Alumno propuestas de Situaciones de Aprendizaje	Frecuencia	% (% Corregido)	%Corregido Tutores	%Corregido No Tutores
Nunca	4	1.4 (1.5)	0 (n=0)	3.1 (n=2)
En Ocasiones	35	12.5(13.1)	9.7 (n=17)	26.6 (n=17)
Habitualmente	144	51.4 (53.9)	53.1 (n=93)	48.4 (n=31)
Siempre	84	30 (31.5)	37.1 (n=65)	21.9 (n=14)
Ns/ Nc	13	4.6	3.3 (n=6)	1.5 (n=1)

Tabla 50. Función tutor: proponer situaciones de aprendizaje.

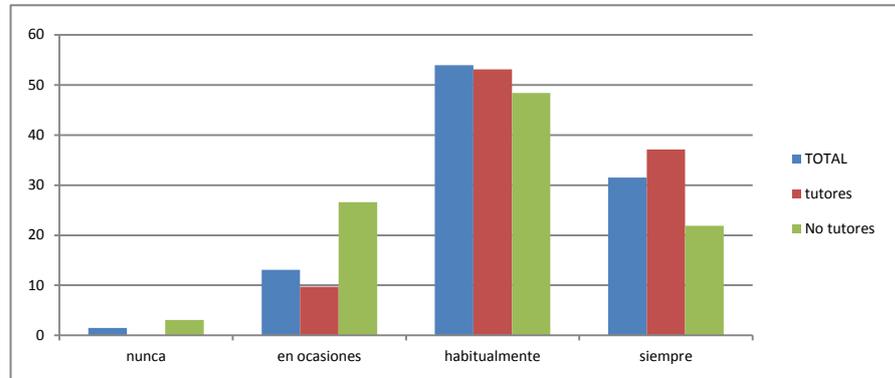


Figura 32. Función tutor: proponer situaciones de aprendizaje.

Variable Participar en el Proceso de Evaluación y Valoración del aprovechamiento de las Prácticas Clínicas del Alumno, cumplimentando la documentación al Respeto.

El 58.8% de todos encuestados (el 68.8% de los Tutores y el 45.3% de los No Tutores) afirman, que “Siempre” Participan en el proceso de evaluación y valoración del aprovechamiento de las prácticas clínicas y cumplimentan la documentación al respecto. En el polo opuesto, el 5.2% de los encuestados afirma que “Nunca” participa en la evaluación de los alumnos. En el colectivo de los Tutores, este porcentaje es solamente del 1.1%, mientras que en el de los No Tutores, éste asciende al 7.8%.

Participo en el proceso de evaluación y documentación al respecto	Frecuencia	% (% corregido)	% Corregido tutores	% Corregido no tutores
Nunca	14	5(5.2)	1.1 (n=2)	7.8 (n=5)
En Ocasiones	22	7.9(8.2)	6.8 (n=12)	9.4 (n=6)
Habitualmente	74	26.4(27.7)	23.3 (n=41)	37.5 (n=24)
Siempre	157	56.1(58.8)	68.8 (n=121)	45.3 (n=29)
Ns/ Nc	13	4.6	2.8 (n=5)	1.5 (n=1)

Tabla 51. Función tutor: participo en la evaluación del Alumno.

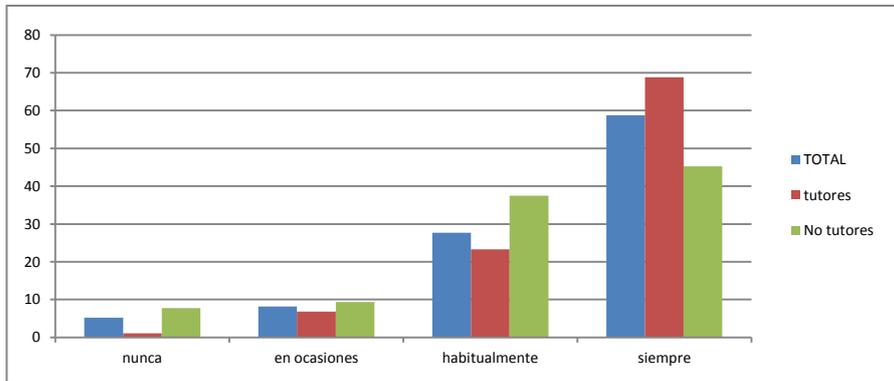


Figura 33. Función tutor: participo en la evaluación del Alumno.

9. DISCUSIÓN CONJUNTA DE RESULTADOS.

- 9.1. Participación y Calidad de la Respuesta al Cuestionario.**
- 9.2. Determinar las características de los profesionales de enfermería que ejercen su labor como tutor pregrado en el Practicum de Enfermería**
- 9.3. Identificar la relación existente entre el tutor del Practicum con los demás actores participantes en el proceso de Practicum.**
- 9.4. Identificar los patrones de enseñanza usados por los tutores del Practicum de Enfermería.**
- 9.5. Evaluar el grado de formación en técnicas docentes de los tutores del Practicum de Enfermería.**
- 9.6. Determinar las impresiones y creencias acerca del proceso de formación práctica de los alumnos de enfermería**
- 9.7. Identificar los elementos de motivación de los tutores del Practicum de Enfermería.**
- 9.8. Valorar la visión del tutor del proceso de Practicum de Enfermería**
- 9.9. Identificar al tutor como elemento evaluador de los alumnos del Practicum de Enfermería**

9. DISCUSION CONJUNTA DE RESULTADOS.

En el presente capítulo abordaremos la discusión de los resultados obtenidos en la parte cuantitativa y cualitativa de la investigación tal como expusimos en el capítulo de metodología.

La escasez de estudios previos respecto a la materia que estamos tratando, especialmente en nuestro contexto, hace que la comparación de nuestros datos con otras investigaciones precedentes, sea complicado, de forma que se tomarán como referencia para la discusión las impresiones de estudios que tratan parcialmente nuestros objetivos.

9.1. PARTICIPACIÓN Y CALIDAD DE LA RESPUESTA AL CUESTIONARIO.

Cuando atendemos a aspectos como la calidad en la respuesta a un cuestionario, hemos de prestar atención a fenómenos como la “aquiescencia” y la “deseabilidad social” en la respuesta dada. Estos fenómenos nos indican defectos en el instrumento de medida o en la forma de administrarlo (Díaz de Rada, 2010).

Si atendemos a la Tasa de Participación de nuestro estudio, como una forma de valorar la representatividad de la respuesta obtenida, podemos considerar que se trata de una tasa de respuesta alta, atendiendo a estudios similares, donde se entrevistó a profesionales de enfermería en sus ámbitos de trabajo y a través de cuestionario autoadministrado. (Vera Remartinez y cols, 2009; del Estal y cols 2007; Giménez Manzano y cols, 2006), puesto que en nuestro estudio se obtienen tasas de respuesta medias del 70%. No obstante, como comentábamos en el apartado anterior, diversos aspectos hicieron necesaria el aumento del número de exploraciones para poder conseguir en número de respuestas deseadas.

Llama la atención por tanto, el hecho de que la Tasa de Rechazo o Abandono del estudio, previa a la aceptación tácita del mismo por parte del entrevistado, sea elevada, especialmente en algunos centros y/o servicios, lo que obligó al aumento de visitas a los centros. Esta tasa de rechazo se situó como media en el 36%; sin embargo en centros como el HGURS y el HGUSL, estas tasas se elevaron al 55% y 47% respectivamente. La justificación generalmente dada

ante este hecho, fue la escasez de tiempo (pese haber tenido entre 5 y 10 horas para cumplimentarlo).

Otro de los aspectos a tener en cuenta en lo que a la respuesta dada por los participantes en el estudio, es el fenómeno de la "No Respuesta", presente de una forma creciente en los ítems situados al final del cuestionario. De forma que en los primeros ítems, las tasas de respuestas válidas son cercanas al 100%, es decir las respuestas nulas o no respuestas, son inexistentes, mientras que en los ítems finales ésta tasa de respuesta nula llega al 6.5%. Este fenómeno, es conocido en el manejo de cuestionarios de investigación auto-administrados. En este sentido, Díaz de Rada (2001), considera que aquellos cuestionarios auto-administrados que superan los 30 minutos obtendrán tasas de respuesta menores, o lo que es lo mismo, las tasas de respuestas nulas o el número de cuestionarios incompletos, aumentará proporcionalmente. En nuestro caso, el Cuestionario se compuso de 65 ítems, que en la fase piloto fueron completados en tiempos no superiores a los 30 minutos comentados por Díaz de Rada (2001). Sin embargo, la impresión de los participantes a la recogida de los cuestionarios, fue que éste fue excesivamente largo o no se dispuso del tiempo suficiente para cumplimentar todo el cuestionario. Por ello no podemos despreciar este efecto en lo que a la calidad de la respuesta se refiere. En este sentido, autores como Herzog y Bachman (1981), citados por Díaz de Rada (2001) apuntan en este sentido que la longitud del cuestionario afecta a la calidad de la respuesta dada, llegando a la conclusión que a medida que el entrevistado avanza en el cuestionario, éste tiende a seleccionar respuesta de tipo "central" o "intermedias".

Otro de los efectos que tenemos en cuenta a la hora de interpretar los resultados dados, es lo que autores como Krosnick, (Citado por Díaz de Rada 2010) ha llamado "evaporación de la motivación para cooperar". Y es que éste autor señala que con frecuencia los participantes en una encuesta o cuestionario, a medida que transcurre el mismo, por lo que en lugar de abandonar el cuestionario optan por seguir respondiendo con el menor esfuerzo posible. Esto significa que los entrevistados, en lugar de meditar la respuesta a dar, piensan con más ligereza en significado de la pregunta, y buscan en su memoria la respuesta adecuado, aumentando este fenómeno conforme aumenta la "fatiga"

del entrevistado. Se selecciona por tanto la respuesta más adecuada a los ojos del entrevistador, sin tener en cuenta sus actitudes o pensamientos.

En este sentido son interesantes las aportaciones de Krosnick (en Díaz de Rada 2010), al señalar que las personas son más honestas cuando existe una gran distancia social entre ellas y los entrevistadores.

El efecto de la fatiga del entrevistado, y la consecuente “complacencia” se aprecia en un aumento del número de no respuestas (“no contesta”), o “no sabe”, así como la tendencia a elegir aleatoriamente las opciones de respuesta o responder siempre lo mismo.

Por ello, efectos conjugados de la longitud del cuestionario, la falta de tiempo por carga de trabajo y el cansancio y densidad de los ítems, pueden haber influido en la respuesta dada por los sujetos participantes en nuestro estudio.

Otro factor que hemos de tener en cuenta, es el efecto de la “deseabilidad social”, por el cual, los entrevistados no responden lo que realmente piensan o hacen, sino que está “bien visto” a ojos del entrevistador; elegir la respuesta socialmente deseable a la persona que está investigando. Y es que el temor al “juicio del investigador”, la desaprobación social de determinadas actitudes o comportamientos, lleva a expresar respuestas políticamente correctas que no coinciden con el verdadero sentir del entrevistado. Este fenómeno solo afecta a aquellas respuestas donde el entrevistado valora una amenaza o suponga un conflicto para él. Como señala Díaz de Rada (2010), preguntas sobre aspectos que suponen una invasión para el entrevistado de su quehacer íntimo; son por tanto preguntas incómodas para el entrevistado, así pues ante éstas, o no son respondidas, se responde sin interés o se elige la respuesta socialmente correcta.

9.2. DETERMINAR LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE EJERCEN SU LABOR COMO TUTOR PREGRADO EN EL PRACTICUM DE ENFERMERÍA.

De entre los datos puramente sociológicos que obtenemos en nuestra muestra, podemos decir, que entre los profesionales de enfermería que desarrollan las labores asistenciales en servicios de hospitalización y cirugía de los centros públicos estudiados, existe una **mayoría de profesionales de género**

femenino (75%), con unas Medias de Experiencia Clínica, Estancia en el Servicio y Años Tutorizando alumnos de 16.1 años (10 años Moda), 7.3 años (Moda 2 años) y 7.1 años (Moda 5 años), y con una estabilidad elevada en el puesto laboral (76.6% plaza fija o interinidad).

Como comentario a estos datos, es de resaltar que los participantes, cumplen con los estándares sociales propios de nuestra profesión en el contexto nacional; es decir, una profesión con predominio del género femenino (75.4% mujer vs 24.6% hombre). No obstante, hemos de señalar, que pese a la gran distancia entre ambos colectivos, y la clara feminización de la profesión, respecto a los datos a nivel nacional, existe una diferencia de 10 puntos porcentuales entre ellos; es decir, en el territorio nacional, la relación de enfermeras que son mujeres es del 84.3%. (INE 2013)

La Formación Profesional Pregrado responde mayoritariamente a la figura del *Diplomado Universitario de Enfermería*. Este dato, no es concluyente en sí mismo, puesto que como comentamos en apartados anteriores, la particular evolución del Título de Enfermería, ha hecho que personas que inicialmente fueron formadas en planes de estudio propios del Título de ATS (anteriores a 1977), fueran reconvertidas y reconocidas por tanto, como Diplomados Universitarios de Enfermería a partir de mediados de los años ochenta, sin que ello representara cambios formativos o la realización de nuevos periodos formativos. Con frecuencia, el requisito para obtener la Homologación del título de ATS hacia el título de DUE, era la realización de un curso de Nivelación de Conocimientos (RD 111/1980). Estos cursos fueron realizados a lo largo de la década de los ochenta, hasta conseguir la conversión total del estatus de ATS por el DUE.

De esta forma no existen ATS, sino DUE, a pesar de que su formación inicial fuera propia del plan propio de Título de Ayudante Técnico Sanitario. Por ello, podemos suponer que profesionales que actualmente presentan edades superiores a los 55 años, fueron formados en este perfil del ATS y se reconvirtieron a DUE.

Dado el carácter de los datos tomados en nuestra encuesta, hemos de atender al dato indirecto de la *Experiencia Laboral*; si atendemos a alta tasa de ocupación que se daba en el colectivo de enfermería en las décadas de 1980 y

1990, podemos inferir que pertenecen a este colectivo aquellos profesionales que reconocen poseer experiencias laborales superiores a 30 años, lo que en nuestro caso queda enmarcado en el 7.5% de los entrevistados. Es decir, **el 7.5% de los participantes pudieron recibir Formación Profesional Pregrado** perteneciente a los planes de estudio de ATS., vigentes entre 1955 y 1977.

Respecto a la Edad de nuestro colectivo y su comparación con el resto del territorio nacional, según el INE, (datos publicados en 2014), el colectivo de profesionales menores de 45 años, supone el 55% del total, lo que hace que el 45% restante presente edades superiores a los 45 años. Si atendemos a estas mismas estadísticas, a nivel de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, los profesionales menores de 45 años, suponen el 65% del total, lo que hace que el 35% restante presente edades superiores a los 45 años. En nuestro estudio, los datos recogidos reflejan que este grupo (mayores de 45 años, o lo que es lo mismo, experiencias laborales superiores a 25 años), es claramente menor, pues representa aproximadamente el 11.6% de los entrevistados. **O lo que es lo mismo, la población de nuestro estudio, es claramente más joven respecto a los datos del territorio nacional y de la Comunidad Autónoma de Murcia.**

Esta diferencia en la composición poblacional, en lo que a la edad se refiere, podría deberse a distintos aspectos como son:

- Metodológicos
 - No se encontraban trabajando en el momento de la exploración.
 - No respondieron a la encuestas.
- El “éxodo” de profesionales “veteranos” que se está viviendo desde los Centros Hospitalarios hasta los Centros de Salud, dadas las condiciones laborales, la sensación de mayor carga laboral, los horarios a turnos, etc. de los primeros frente a los segundos.

En lo que afecta a aquellas características demográficas que afectan a la labor tutorial, tal como veíamos factores como la experiencia laboral, la experiencia en el servicio eran algo a tener en cuenta a la hora de ser considerado un “buen tutor” o un profesional a priori con aptitudes y condiciones suficientes para ser tutor.

En este sentido como veíamos en el Capítulo III distintos autores nos recuerdan que necesidad de que el Tutor posea *Competencia Profesional* en base a poseer experiencia clínica significativa. Es por esta razón por la que distintas organismos como la Agencia Lain Entralgo (2005) considera que la experiencia mínima adecuada es de dos años en el servicio donde se desarrolla actualmente la labor asistencial. Este es el tiempo considerado mínimo para conocer adecuadamente la estructura del servicio, los profesionales con los que se convive y las características de los pacientes y familias con los que se trabaja.

En nuestro caso, **el 26.5% de los encuestados afirma estar en el servicio menos de dos años**, lo que incumple claramente las recomendaciones dadas anteriormente. Este dato, puede deberse debido a los recientes traslados de plantilla dados en los Centros Hospitalarios (mediados de 2014) así como la reciente incorporación de los profesionales que consiguieron su puesto mediante Oferta de Empleo Público. Sea cual fuere el motivo, el dato, es que uno de cada cuatro profesionales que son tutores, no cumplen el criterio temporal.

Uno de los aspectos más llamativos, se desprende al atender a la **“Experiencia como Tutor de Prácticas”**. En este sentido **el 64.5% de los entrevistados afirman ser Tutores actualmente, por el 22.9 que Ya No lo son, y el 10.7% que Nunca lo han sido**. Esto supone que el 33.6% de la plantilla de enfermería no quiere, actualmente, ser tutor.

Este dato, contrasta con el carácter obligatorio que por Deontología se atribuye al profesional de enfermería; y es que tal como constata el Código Deontológico de la Enfermería Española, en su artículo 72 afirma que la enfermera,

“...debe asumir individual y colectivamente la responsabilidad de la educación de la enfermera a todos sus niveles”.

De este artículo se puede inferir, la **“obligación moral”** de los profesionales de enfermería de participar en la formación de los futuros profesionales.

Este Código Deontológico, se considera de **“obligado cumplimiento”** para aquellos profesionales colegiados. Dado el carácter **“no obligatorio”** de la colegiación en Enfermería, se podría decir, que este precepto carece de repercusión a día de hoy. No obstante, en la Comunidad Autónoma de Murcia, según datos del Colegio Oficial de Enfermería de Murcia, el 93.5% de los

profesionales de enfermería en activo (INE 2014), están colegiados, por lo que deben someterse a éste código deontológico. Es decir, cabría esperar cifras de participación tutorial, cercanas al 90%.

La realidad de nuestro estudio, nos muestra claramente, que la función tutorial, como “precepto moral”, no es respetada; o lo que es lo mismo, como sucede con otros aspectos del Código Deontológico, los preceptos relativos a la participación en la formación no son atendidos. Y es que como veremos posteriormente, las motivaciones tutoriales, distan de la obligación moral de formar parte de la formación de los futuros profesionales.

No obstante, dentro de la Voluntariedad que se asocia a la labor como tutor, que ha quedado patente a lo largo de los distintos apartados, este dato es cuando poco llamativo. Especialmente el dato que hace referencia a aquellos que habiendo sido tutores “oficiales” en algún momento, en la actualidad no lo son; y es que el 22.9% se han “perdido por el camino”. Esta pérdida podríamos atribuirla a aspectos desmotivadores, como la fatiga laboral percibida y la sensación de abandono en la labor tutorial manifestada por los participantes en los GD. A falta de investigaciones concluyentes, este dato, anima a analizar en profundidad los motivos por los que los tutores han abandonado su labor, con la doble intención de corregirlos para evitar futuras pérdidas y recuperar voluntades en aquellos tutores “quemados”.

Otro aspecto a tener en cuenta emanado de este dato, es que como vemos en los datos, estos tutores que se reconocen como “No tutores”, son responsables con frecuencia de alumnos, dada la demanda de tutores existente. Estos No Tutores, se encuentran fuera de los circuitos de formación-información propios de la formación clínica, de manera que no constan para la Coordinación de Docencia del Hospital, o para el Tutor de la Facultad, lo que imposibilita la comunicación de objetivos, evaluaciones, etc. Por tanto, los No Tutores, forman bajo “su criterio”, de forma artesanal, a los alumnos que reciben a cargo de la formación práctica. Como cabría de esperar, deberíamos encontrar una diferencia en la forma de actuar entre los No Tutores, y los Tutores, puesto que éstos si deben formar parte de los círculos de comunicación propios de la formación clínica y cumplir con los estándares establecidos; no obstante, como vemos en los datos, no podemos establecer ésta diferencia.

364. ANDRÉS ROJO ROJO.

Es por ello, por lo que en cada una de las variables hemos atendido a esta diferenciación poblacional, como una forma de encontrar explicación o “depurar” el comportamiento del Tutor, frente al que ya no lo es. Se pueden apreciar, en algunos aspectos, variaciones porcentuales en las respuestas dadas, pero nunca relaciones causales o explicativas, aplicando parámetros estadísticos sencillos como correlaciones bivariables. Es decir, si atendemos a éste aspecto como una variable dependiente a la hora de atender el comportamiento docente, no encontramos relaciones significativas, de manera que **tanto el profesional que se reconoce como Tutor oficial, y aquel que reconoce No ser Tutor oficial, proceden de forma similar a la hora de tutorizar a un alumno.**

9.3. IDENTIFICAR LA RELACIÓN EXISTENTE ENTRE EL TUTOR DEL PRACTICUM CON LOS DEMÁS ACTORES PARTICIPANTES EN EL PROCESO DE PRACTICUM.

Al afrontar este objetivo y atendiendo a los distintos actores que participan en la formación práctica, ya tratados en capítulos anteriores, tenemos que diferentes relaciones. Autores como Puig (2003), escenifican los actores principales participantes en la formación práctica de enfermería, mediante una relación triangular, entre alumno, Tutor Asistencial y Tutor de Facultad.

- **Relación Tutor-Alumno**

Por un lado, la relación nuclear en la docencia clínica, es la establecida entre Tutor y Alumno. Y es que la interacción entre estudiante y profesional ha sido considerada por algunos autores como el factor más determinante para lograr el éxito en el aprendizaje clínico (Saarikoski, 2002). Todo hace indicar que éste es uno de los aspectos más valorados por los alumnos a la hora de justificar la docencia clínica; y es que como hemos visto, la relación Tutor-Alumno en particular el establecimiento de un adecuado *Feedback comunicativo*, *Empatía del tutor hacia el alumno* y actitudes de *Integración del tutor para con el alumno en el trabajo de equipo*, son la base para una relación educativamente satisfactoria entre ambos.

Y es que como nos recuerda Reyes Revuelta y cols (2012), de esta relación depende el futuro profesional que emerja, pues no solo condiciona el aprendizaje y el desarrollo “cognitivo” del alumno, sino que puede condicionar el futuro

desarrollo como profesional que a su vez formará en el futuro nuevos alumnos. En este sentido, los instrumentos desarrollados en nuestra investigación, nos proporcionan datos acerca de las relaciones entre Tutor-Alumno en nuestra muestra.

En nuestra opinión, la enseñanza no es una técnica, sino una relación. El aprendizaje ocurre en una relación. Para mejorar la enseñanza y el aprendizaje, hay que interrogarse acerca de la relación que se establece entre tutor y alumno; los climas emocionales que se establecen, las interacciones que se dan entre ellos, y las características de las interacciones que ocurren dentro de ese clima.

En esta línea, Jaques Delors (1996: 166), indica que la *“fuerte relación que se establece entre el docente y alumnos es la esencia del proceso pedagógico”*, opinión que bien resume la importancia de las relaciones entre el alumno y el docente.

En lo que respecta a las relaciones de *Feed-Back, Empatía e Integración con el alumno*, los datos obtenidos en nuestro estudio, nos indican que todos estos aspectos son positivos puesto que el cerca del 98% de los encuestados manifiesta establecer relaciones de Feed-Back que podemos considerar adecuadas, así como mantener actitudes empáticas para con la situación del alumno y el estrés que genera la formación práctica en los mismos. Y es que no podemos olvidar, como nos recuerdan autores como Sánchez (1992), Zupiria y cols (2003; 2006), López Medina y cols (2005), Cobo Cuenca y cols (2010), la incorporación de los alumnos a los entornos clínicos, supone una fuente de estrés añadido, por la cantidad de situaciones potencialmente estresantes, como son el contacto con la enfermedad y el sufrimiento, la muerte, el miedo a cometer errores y en particular las relaciones con el tutor y la incertidumbre de cómo reaccionar para obtener buena calificación. (Zupiria, 2006)

En este sentido los resultados de nuestro estudio muestran que el **97.7% de los encuestados manifiestan actitudes y comportamientos de Feed-Back que consideramos adecuados** (Excelentes 63.4% y Bastante adecuados 33.4%). **Del mismo modo el 75% de los encuestados, manifiestan actitudes empáticas que podemos considerar adecuadas** (Bastante Adecuadas o Excelentes). Estos datos se corresponden con lo observado en los GD, donde hemos podido constatar actitudes de preocupación, implicación emocional y defensa de los tutores para con los alumnos frente a aspectos que consideraban injustos para ellos, como los

desplazamientos excesivos, los horarios, el realizar prácticas en horario nocturno y el realizar estancias prácticas en entornos que los alumnos y los tutores entienden como poco motivantes.

En lo que respecta a la comunicación y feed-back entre tutores y alumnos, si atendemos a la “Experiencia como Tutor”, existe una diferencia significativa en lo que respecta a las actitudes mostradas o expresadas entre lo que son Tutores actualmente y los que habiéndolo sido, ya no lo son. Pues en el primer caso, puntúan con Excelente el 72% mientras que los No Tutores, lo hacen en un 47.6%. Esto nos indica **la existencia de un mayor interés comunicativo para con el alumno en aquellos que se identifican como tutores que en los que ya no lo son**. Parece claro entonces, que aunque el No Tutor, acompañe, explique, muestre, permita la presencia del alumno, lo acompañe, etc... no se implica en aquellas tareas que caracteriza particularmente la docencia... la Relación comunicativa entre tutor y alumno, en particular mostrar la mejor forma de mejorar lo realizado, el Feedback docente.

No existen referentes a la hora de estudiar en profundidad el tipo, cualidad y calidad de la relación que se establece entre el tutor de prácticas y sus alumnos. Es más abundante la producción científica relacionada con la relación e interacción en el contexto educativo entre docente y alumno en las aulas.

Si atendemos a los datos que nos aportan los GD, estos nos transmiten, una idea de la *cualidad* de la relación entre tutor y alumno que hemos de tener en cuenta. La relación que se establece entre Tutor y Alumno, es de corte “personal”, interpretada ésta como más cercana, que la que se pueda establecer entre el alumno y el docente en el ámbito académico. Y es que muchas de las verbalizaciones al respecto, manifiestan el “trato como compañero” que se da al alumno por parte de los tutores. Esta relación es característica al rol de Mentor, (comentado en apartados anteriores), donde tutor y alumno superan la barrera “academicista” y entran en un terreno personal, en muchos casos de los afectos.

No podemos olvidar, que éste aspecto puede entorpecer la relación docente, en el sentido de que al entrar en el terreno de lo personal, la relación docente se puede ver influida por cuestiones de afectos o desafectos, que condicione los frutos de la misma. La percepción de “caer bien” o “caer mal”, entre ambos, puede entorpecer el aprendizaje y/o la evaluación del alumno.

Aquí resulta útil retomar lo referido por Camere respecto a la interacción alumno-docente:

“...el profesor aporta a la relación su propio marco de referencia, su manera de ser, sus necesidades, prejuicios y obligaciones, que influyen significativamente en sus emisiones y también en sus respuestas. Cuando el profesor no controla sus reacciones, cuando se deja llevar por sus emociones, por sus simpatías, por procedimientos en el pasado eficaces sin atender el presente, cuando trasluce su tedio, cuando externaliza su disconformidad..., cuando extrapola machaconamente su experiencia personal como modelo de lo que debería ser o lo que se debería hacer, mediatiza y contamina la relación con sus alumnos.” (Camere, 2009, p.1)

Por tanto, si atendemos al carácter “docente” de la relación que se establece entre tutor y alumno, ésta debe evitar entrar en aspectos que supusieran conflicto personal, ideológico o ético, en el sentido de que podría distorsionar el objetivo final de la relación: el aprendizaje del alumno.

En realidad, según los estudios hechos en el campo de la relación pedagógica docente-discente, los autores asumen que no hay recetas para establecer una buena relación pedagógica, pero hay factores que pueden ayudar a mejorar dicha relación como: el reconocimiento emocional (empatía), valorar las necesidades individuales, estimular la motivación y el descubrimiento del aprendizaje, entre otras. (Covarruvias 2004)

Por el contrario, la lejanía afectiva, el autoritarismo la falta de comunicación, la enseñanza “automática” y la presencia de cualquier forma de “maltrato” o falta de cuidado con los estudiantes, todo eso contribuye a un clima desfavorable y es por tanto lo que siempre debemos evitar.

Otro de los aspectos que hemos de considerar a la hora de atender a la relación que se establece entre tutor y alumno es el carácter “obligatorio” y en cierto sentido sorpresa que rige en el establecimiento inicial de la relación. Y es que ninguno de los dos, ni tutor, ni alumno, conocen la persona que les será asignada. Este hecho como nos comenta Camare, es un hecho común y característico en las relaciones docentes:

La relación profesor-alumno presenta algunas configuraciones que la hacen especialmente diferente de cualquier otra interpersonal: Primero porque la relación entre el profesor y el alumno no se establece sobre la base de simpatía mutua, afinidad de caracteres

o de intereses comunes se funda en una cierta imposición, después porque es una relación - bipolar de ida y vuelta- que se establece entre personas de diferente edad y grado de madurez mental (Camere 2009, p.1).

Pese a ello, este hecho genera sensaciones de incertidumbre y son con frecuencia causa de estrés en el alumno: saber cómo será el tutor que te ha tocado (Zupiria 2006). En nuestro estudio, son diversas las verbalizaciones aparecidas en los GD, a partir de las cuales podemos inferir, la vivencia que el tutor tiene en relación a lo “sorpresivo” de la relación tutor alumno y el “efecto azar”. Expresiones como “a ver quién nos toca” “hay que tener suerte con quien te toca llevar”... así nos lo manifiestan.

- **Relación Tutor Asistencial-Tutor Facultad.**

En lo que respecta a la relación que se establece entre Tutor y Tutor de Facultad, presenta desde nuestro punto de vista, un aspecto crucial en el desarrollo y buen fin del aprendizaje del alumno en prácticas, pues esta relación supone el nexo de unión entre “dos mundos”: el profesional-asistencial y el académico.

Y es que no podemos olvidar, que el tutor es un profesional asistencial, desvinculado completamente de los contextos formativos formales; es decir con frecuencia desconoce los planes e itinerarios formativos, los objetivos curriculares, los contenidos de las distintas asignaturas, etc. de los alumnos que reciben en formación. Y es que por la naturaleza de su labor profesional y vocacional, no están en la obligación moral de conocerlos.

Es el Tutor de Facultad, el profesional que dispone de esta información, al tiempo que es el responsable directo de la evaluación y seguimiento de los alumnos durante su periodo de formación práctica, mediante las asignaturas pertinentes, como son el Practicum, o cualquier otra denominación que se le quiera dar.

Un aspecto que queremos destacar, es la clara discordancia entre los datos obtenidos en nuestro estudio, y los distintos documentos oficiales o documentación al respecto, especialmente en nuestro entorno; textos donde se desprende que el Tutor Asistencial mantiene contacto directo y continuado con el Tutor de la Facultad, en forma de visitas a los centros semanalmente para resolución de dudas o problemas existentes.

“El seguimiento de las prácticas es realizado por el profesor asociado clínico a través de las tutorías semanales y de visitas a los servicios hospitalarios también semanales para intercambiar impresiones con alumnos y tutores, comprobar que el proceso de enseñanza-aprendizaje se realiza correctamente y detectar posibles problemas que puedan surgir en la cumplimentación de la documentación, en las interacciones alumno- tutores-personal sanitario, etc. Y poder ofrecer asesoramiento y soluciones a los posible problemas, a través de una comunicación fluida y continua con alumnos y tutores, para favorecer que tanto la formación como la evaluación sean un proceso continuo y constante. Comunicando a los profesores académicos cualquier cuestión que pueda ser de su interés. También se concreta con los tutores las fechas para recoger las evaluaciones ofreciéndoles apoyo en las mismas en caso de necesitarlo. En el caso de que lo soliciten se hace una evaluación conjunta entre el tutor y el profesor asociado clínico, o ser este último el que la realice en las situaciones que así lo requieran.” (Sanz, 2011, p.637).

Y es que todos los datos obtenidos en nuestro estudio, procedentes tanto de los Cuestionarios como de los GD, apuntan a lo contrario; **un claro desencuentro o ausencia de relación y contacto entre Tutor y Tutor Facultad**. En nuestro estudio, esta relación ha sido abordada de manera directa a través de variables e ítems expresos (Cuestionario 2). Tanto es así, que el 73.9% de los entrevistados, manifiestan actitudes y comportamientos en su relación con los Tutores de Facultad que podemos calificar como Inadecuadas. Merece la pena poner el foco en las respuestas dadas a los distintos ítems, pues se hace patente la magnitud de este desencuentro:

1. **El 43.2% de los entrevistados manifiesta que “nunca” han recibido la visita de un Tutor de Facultad;** es más, entre el grupo de Tutores, este porcentaje es muy similar 41.1%., frente al 44.6% de los no tutores.
2. **El 48.9% de los entrevistados manifiestan que el Tutor de Facultad, No ha contactado con ellos previa incorporación de los alumnos a las prácticas.** El grupo de los Tutores, coincide en esta afirmación en un 49.9%
3. **El 38.5% manifiesta que No ha recibido información del Tutor de Facultad respecto a objetivos, contenidos, metodologías o evaluaciones.** El grupo de los Tutores coincide en un 36.7%

370. ANDRÉS ROJO ROJO.

Estas respuestas coinciden con las informaciones aportadas por los tutores en los distintos GD, donde de una manera unánime, los Tutores reconocen la carencia de relaciones entre ellos y la figura del Tutor de Facultad.

Aspectos claramente mejorables, constatados en nuestro estudio, como el *Grado de Información Previa* enmarcados en el Cuestionario 2, (58.8% poco adecuada); *Conocimiento de los objetivos propuestos por la Universidad*(65.8% poco adecuada) incluido en el Cuestionario 4; *Colaboración en el diseño de un Plan de Prácticas* (65.8% nunca) *Asesorar y Colaborar con el Tutor de la Facultad* (71.85% nunca) ambos incluidos en el Cuestionario 5, podrían derivar de esta escasa relación entre los dos integrantes clave de la formación práctica del alumno.

Una de las hipótesis surgidas a lo largo del desarrollo de este estudio, en post de analizar este “desencuentro” fue la posibilidad de que las respuestas de los No Tutores estuvieran interfiriendo en esta situación. El profesional No Tutor, al no constar en las bases de datos ofrecidas desde los centros sanitarios a los centros docentes, podría carecer de esta relación, por simple desconocimiento de los Tutores de Facultad. Esperaríamos por tanto que los Tutores asistenciales mantuvieran relaciones más fluidas o positivas que los No Tutores. Pero al diferenciar las respuestas dadas por los Tutores y los dados por los No Tutores, en aquellos ítems que implican la participación directa de ambas figuras, apreciamos que si bien existe cierta diferencia entre ambos colectivos, ésta no es positiva como refleja la tabla adjunta.

	<i>Cuestionario 2. Información previa sobre las prácticas</i>	<i>Cuestionario 4. Conocimiento objetivos propuestos por la universidad</i>	<i>Cuestionario 5. Asesorar y colaborar Tutor Facultad</i>	<i>Cuestionario 5. Colaborar con el Tutor Facultad Plan Prácticas</i>
Total	58.8% (poco adecuada)	65.5% (no)	71.8% (nunca)	65.8% (nunca)
Tutor	57.2% (poco adecuada)	58.9% (no)	70.9% (nunca)	65.9% (nunca)
No Tutor	61.5% (poco adecuada)	76.9% (no)	77.4% (nunca)	69.4% (nunca)

Tabla 52. Comparación Ítems relación Tutores Asistenciales vs Tutores Facultad.

Como podemos ver, todos los casos, existen diferencias de puntuaciones similares, con DT similares, lo que nos habla de lo estable del dato en todos los entrevistados.

Solamente existe una discrepancia significativa (18 puntos) en lo que respecta al conocimiento de los objetivos, entre ambos grupos. Una vez parece constatada por todos los datos, esta relación precaria entre tutores asistenciales y tutores de Facultad, el interrogante es de qué fuente obtienen los tutores el conocimiento de los objetivos a conseguir. Y la respuesta puede estar en las relaciones que el tutor establece con el supervisor de la unidad o con el propio alumno. Pero no del Tutor de Facultad.

Distintos autores, al realizar estudios sobre propuestas de mejora en las prácticas clínicas de enfermería, apuntan en esta dirección, acerca de la necesidad de mejorar la relación entre Tutores Asistenciales y Tutores de Facultad (Serrano, 2008; Sanz, 2011; Macías, 2012).

Esta falta de relación entre el Tutor asistencial y el Tutor de la Facultad, se traduce en situaciones de desorientación y abandono en lo que respecta a comunicación de objetivos, metodologías y criterios de evaluación; esto afecta sobremanera al proceso de aprendizaje del alumno, puesto que el tutor, sin la orientación suficiente, realizará una docencia “intuitiva” basada en lo que él considera que debe ser y no en lo que realmente es.

Por otro lado, estas apreciaciones sobre la ausencia de relación entre tutor asistencial y tutor de facultad, hace que no se atiendan la resolución de conflictos entre alumnos y tutores; participación del tutor en el proceso de Practicum, implementación de quejas, sugerencias o demandas de los tutores respecto al proceso de formación práctica, etc. En suma, todo esto podría contribuir bajo nuestro criterio, a sentimientos de desmotivación para con el rol tutorial del profesional asistencial, que entiende que pese a ser una actividad voluntaria, que resta tiempo de sus labores asistenciales, no estar suficientemente reconocida, se siente “abandonado” por los formadores. Se albergan sentimientos entonces de hacer el “trabajo sucio del profesor”, y no entender la función docente como propia.

Recuperar esta relación Tutor Asistencial-Tutor de Facultad, es primordial por una doble función: por un lado dotar de calidad el sistema de formación práctica. Por otro lado, aumentar el grado de satisfacción de los tutores, y evitar con ello la “fuga” de tutores, especialmente aquellos que poseen experiencia como tales, (los más vulnerables) tan necesarios para la formación práctica.

- **Relación Tutor - Supervisor de la Unidad**

Una de las figuras que emerge como influyente en el proceso de formación práctica de los alumnos, y que a priori no parecía jugar tal rol, es el de Supervisor de la Unidad asistencial en la que los alumnos se encuentran realizando las prácticas.

Este según los datos recogidos en nuestro estudio, es el responsable de la selección de los tutores, así como es el encargado de gestionar los “recursos tutoriales” con los que cuenta y adecuarlos a los alumnos que le son asignados. Así nos lo muestra los resultados de nuestro estudio, pues según las respuestas de los encuestados, el 71.7% de los tutores lo es a título del Supervisor de la Unidad.

Un reflejo de la gestión de recursos tutoriales a la que nos referimos desarrolla en Supervisor de la Unidad, se refleja en situaciones como la ausencia de tutores por motivos personales, enfermedad, o periodos vacacionales. En estas situaciones, en cierto modo “imprevistas”, el Supervisor juega este papel del gestor, al otorgar la tutorización del alumno afectado (cuyo tutor se encuentra ausente) a otro profesional.

Ahora bien, es en estas situaciones donde hemos podido observar desviaciones del proceso, pues como nos muestra los resultados del Cuestionario, un 41.4% de los entrevistados, han tutorizado “muchas veces” a un alumno, sin haberlo solicitado previamente o sin tener alumno asignado y un porcentaje similar 43.8%, han sido testigos de esta situación. Estos datos reflejan las situaciones manifestadas por los participantes de los GD. Tras el análisis de los GD, se desprende que si bien el rol de gestor de recursos tutoriales es necesaria, con frecuencia, esta labor, no es adecuada pedagógicamente hablando, puesto que a profesionales que no son tutores reconocidos, que no han sido informados de la situación del proceso de aprendizaje del alumno, etc. les son “adjudicados” alumnos en formación práctica. De este modo, no solo profesionales pertenecientes a la unidad que no hubieran dado su “consentimiento” expreso

para ser tutores, sino que a aquellos profesionales que desarrollan su labor asistencial “supliendo” la ausencia del profesional-tutor, se les asignan funciones tutoriales, a pesar de que con frecuencia este profesional no vuelva a coincidir con el alumno en la unidad.

Estos problemas son reconocidos por diversos estudios que nos hablan de las “experiencia negativa” de los alumnos en su formación práctica, y es que este hecho con frecuencia se ve de forma negativa, ya que la ausencia de relación entre el alumno y el profesional que realiza su labor de “tutor-suplente” genera desconfianza en el alumno y el propio profesional, quien no da “autonomía” en las acciones a desarrollar por el alumno. Del mismo modo, la evaluación-valoración del alumno, se ve afectada, pues raras veces el profesional-sustituto, toma parte de la evaluación del alumno.

Del mismo modo, como gestor, presenta intervenciones positivas, como por ejemplo establecer un sistema de rotación de asignación de alumnos en su servicio, de forma que los tutores “descansen” si estos así lo solicitan.

Organizativamente, en lo que a la formación práctica de alumnos se refiere, el Supervisor de la Unidad se encuentra bajo las órdenes y coordinación del Coordinador de Docencia del Hospital.

Es igualmente una figura de referencia tanto para los tutores como para los alumnos, en el sentido de que cualquier incidencia, es atendida por el Supervisor de la Unidad y no tanto por el Coordinador de Docencia, la figura legalmente reconocida para ello (Sanz, 2011). De hecho los propios tutores manifiestan en ocasiones, no conocer al Coordinador de Docencia del su hospital.

Igualmente, el Supervisor de la Unidad, juega un papel relevante, en el modelo tutorial que se imparte en su unidad, pues él junto con los profesionales que componen su plantilla, propone y pone en marcha el modelo de tutorización individual uno-uno; o un modelo de tutorización grupal, donde los alumnos no presentan un referente individual, sino grupal de todos los profesionales que se encuentran en esa jornada laboral trabajando. Esto hace que, pese al discurso oficial, y las directrices del centro, en un mismo centro sanitario pueden existir distintas formas de tutorizar los alumnos.

Con frecuencia, es el Supervisor de la Unidad, quien recibe la visita del Tutor de la Facultad, y se muestra como un eslabón entre el tutor asistencial y el

resto de actores de la Formación práctica, en particular se relaciona con el Coordinador de Docencia, de quien recibe directrices e informa de la situación de los tutores y con el Tutor de Facultad, al cual informa, transmite dudas e incidencias ocurridas para con los alumnos y recoge la documentación e impresiones de los tutores, propia de la evaluación de la formación práctica de los alumnos. Pese a ésta relación Supervisor Unidad-Tutor de la Facultad, ésta no debe suplir la relación Tutor Asistencial-Tutor de la Facultad.

El hecho constatado en nuestro estudio de la existencia de profesionales que no siendo Tutores Asistenciales, reconocidos actualmente, (por haber expresado su deseo de no serlo, por distintos motivos), parece deberse a la labor de gestor desarrollada por el Supervisor de la Unidad, pues ante la falta de “recursos tutoriales”, éste necesita de la presencia de profesionales no tan motivados para la docencia, usando tácticas como nos mostraban las afirmaciones de los GD, que oscilan desde la “suplica” a la “coacción”.

A la vista de los resultados de nuestros estudios, el esquema de Puig (2003) debe ser modificado, ya que la figura del Supervisor de la Unidad toma una relevancia en el proceso que debe ser debidamente atendida. De esta forma nosotros proponemos el siguiente esquema:

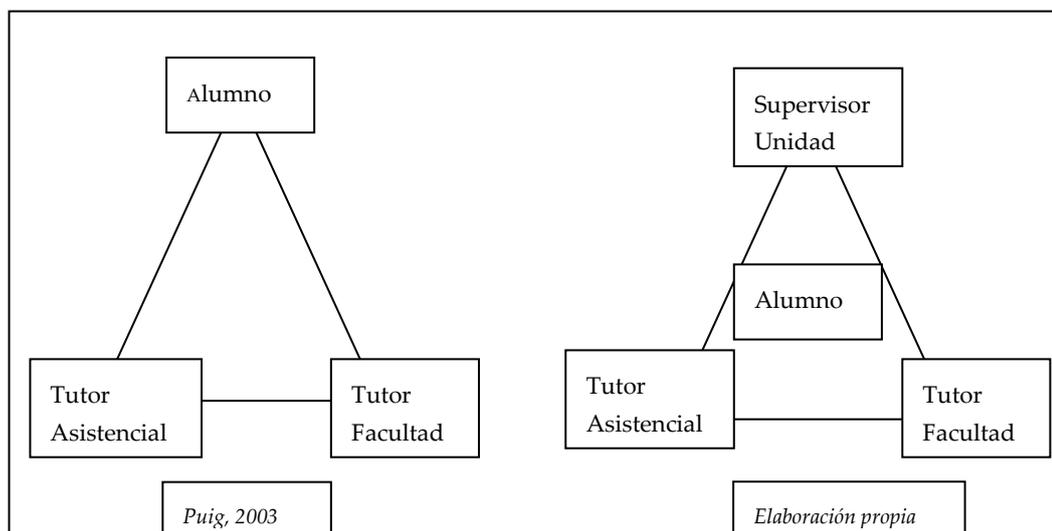


Figura 34. Relación actores Practicum.

Y es que a nuestro modo de ver, y atendiendo a los resultados de nuestra investigación, las relaciones docentes que se establecen en los contextos prácticos de enfermería, giran en torno a tres profesionales como son el Tutor Asistencial, el Supervisor de la Unidad y el Tutor de la Facultad; de manera que ellos condicionan el modelo tutorial, los objetivos, los criterios de evaluación, la resolución de conflictos, etc. El centro de estas relaciones, es el aprendizaje del alumno, y la adecuada relación del alumno con todos y cada uno de ellos.

9.4. IDENTIFICAR LOS PATRONES DE ENSEÑANZA USADOS POR LOS TUTORES DEL PRACTICUM DE ENFERMERÍA

Como hemos constatado a lo largo de los capítulos precedentes, la figura del Tutor de prácticas clínicas, en general y en particular en el contexto de enfermería, es un profesional que habitualmente desarrolla su labor asistencial en servicios socio-sanitarios y que de forma voluntaria asume la formación práctica de un alumno de enfermería. Es por tanto, una tarea añadida a la labor asistencial, debe acoger, acompañar y responsabilizarse del proceso de aprendizaje de un alumno de enfermería en formación práctica.

Partiendo de esta base, parece demostrado, que la labor tutorial, es desarrollada de una manera "altruista", y bajo condiciones de voluntariedad y con un marcado carácter "accesorio" de forma que ésta no es considerada la labor fundamental de la enfermera; mas al contrario, es una tarea añadida, y en ocasiones una carga de trabajo.

Tal es el carácter accesorio, que el profesional de enfermería, carece de nociones básicas de formación a otros profesionales, especialmente en el contexto práctico. No existen referencias a ésta temática en los planes de estudio de formación inicial de los profesionales de enfermería. De forma que cuando se deben enfrentar a la formación de sus futuros colegas, éstos carecen de referentes sobre los que hacerlo, salvo las instrucciones que le vengan de los Tutores de Facultad. Dado que como hemos constatado anteriormente, la relación entre Tutor de Facultad y Tutor Asistencial, es prácticamente nula, el referente que usan los tutores a la hora de formar, son sus propias experiencias formativas (como alumno y como profesional), así como la valoración de lo que hacen otros

compañeros del entorno. La existencia de documentos que regulan la formación práctica de los alumnos, los objetivos y contenidos, tales como los "Dossier de Practicum", son obviados o desconocidos por la inmensa mayoría del colectivo asistencial.

Dado este carácter accesorio que la labor tutorial representa para el profesional asistencial de enfermería, la formación que presentan en lo que respecta a técnicas pedagógicas, estrategias comunicativas, y en esencia aquellos aspectos más puramente metodológicos de la labor como docente en la práctica real, es nula o en el mejor de los casos, podríamos categorizarla como "muy escasa". Así lo reflejan los datos de nuestro estudio, donde las manifestaciones de los participantes en los GD aseveran categóricamente que no han recibido formación específica para ser tutor y que ésta no es exigida por parte de los gestores.

Bajo esta perspectiva, parece claro que los tutores, carecen de formación metodológica o de directrices claras sobre las que estructurar la docencia de los alumnos en prácticas. Esta situación genera en el tutor sentimientos contradictorios, pues reconocen esas carencias, y en ocasiones, expresan la sentida necesidad de formación al respecto.

En ambos casos, tanto en la formación metodológica de los tutores, como en la comunicación de directrices al respecto, los tutores apuntan a la responsabilidad de los responsables en docencia, especialmente a los agentes pertenecientes a los ámbitos académicos, de no proporcionar esta demanda.

Estas situaciones generan en los tutores sentimientos de angustia, ansiedad y descontento, pues se sienten "abandonados" al respecto. En esta situación surge la "iniciativa personal" como un medio por el cual los tutores solventan sus carencias formativas y de información, de forma que "enseñan según ellos consideran que se debe hacer". En esta forma de enseñanza, los tutores con frecuencia recurren al recuerdo que tienen de su periodo formativo práctico, tendiendo a reproducir los modelos tutoriales vividos o vistos.

Esta huella tutorial, en forma de recuerdo de experiencias pasadas, marca sus creencias y su comportamiento como tutor, de manera que reproducirá los comportamientos docentes vistos, vividos o aquellos que considera que deberían ser. Y es que como veíamos en los capítulos pertinentes, es reconocida la

influencia de las creencias acerca del proceso docente, la formación en general y la formación práctica en particular, de las vivencias y modelos pasados como alumno (Borg 2003; Holt Reynolds, 1992), y que abordaremos con detalle posteriormente.

En lo que respecta a los tutores de enfermería, la formación práctica, como comentamos en los capítulos anteriores, y como manifiesta Castillo Parra y Medina Moya (2006), ha sido marcada por una clara influencia jerárquica y de dominación-poder del conocimiento, donde el profesional es el “experto” poseedor del conocimiento y el alumno el “inexperto” que aprende de lo que realiza el experto, como poseedor de la “verdad”. Este tipo de situaciones potencia la práctica imitativa e “irreflexiva”, pues el alumno debe aprender a “hacer las cosas”, dado el marcado carácter laboral que se imprimía a la formación de profesionales.

En este perfil, fueron formados parte de los tutores que realizan actualmente su labor como tal, y a su vez los tutorizados de estos tutores, a su vez fueron formados en ese “modelo”, pues como de una “infección viral”, estos comportamientos se perpetúan con el paso del tiempo, de la evolución de los planes de estudio y de la concepción de la Enfermería. Así pues, pese a la evolución de los currículos, la planificación de las prácticas, etc. los comportamientos de los profesionales de enfermería no distan mucho de aquellos profesionales de los años 60 a los que desarrollaron en los años 80 y los que se desarrollan en la actualidad.

En este sentido, en lo que respecta a la conducta docente de nuestros tutores, podemos señalar que nuestro estudio, nos arroja los siguientes datos:

- **Los Tutores, desconocen los Objetivos propuestos para la formación práctica de sus alumnos**, en un porcentaje elevado como ya hemos comentado.
- **Los Tutores, no desarrollan una planificación con el alumno, entorno a los objetivos que ha de conseguir, el tiempo que ha de estar en la unidad, las posibilidades de aprendizaje que ofrece el contexto de la unidad** y su adecuación a los objetivos, etc. Es por ello, por lo que en nuestra variable de estudio “Planificación de las Actividades Prácticas”, el 57% de los encuestados presentan actitudes o comportamientos que

podemos considerar como poco adecuados. Si atendemos a las respuestas dadas a los ítems que componen esta variable, éstas nos muestran que el 47% de los encuestados, nunca o raras veces, planifica de forma secuencial lo que va a realizar con el alumno. Esta situación responde a la tradicional incertidumbre de la práctica clínica de la enfermería (Medina Moya, 1999; Pulido, Aparicio, Mas, Tovar y Rodríguez, 2008). Y es que la imposibilidad de “predecir” la realidad asistencial, hace difícil planificar objetivos de aprendizaje con antelación. Este aspecto es considerado inherente a la formación en el contexto asistencial de las ciencias sanitarias (Spencer, 2003).

Ahora bien, este argumento, es a nuestro modo de ver, falaz, puesto que los objetivos de formación práctica no son entendidos entorno al aprendizaje casual de actividades o habilidades especializadas o específicas; mas al contrario, los programas formativos prácticos, asumen aspectos genéricos (valores, actitudes, etc) de la profesión, y no tanto el aprendizaje de destrezas y habilidades clínicas específicas.

Esta planificación de la formación práctica, lejos de ser una “utopía”, es una realidad. Esto es denominado por algunos autores como Plan de Practicas personalizado o “Contrato de Prácticas” (Puig, 2004). Para esta autora, este acuerdo de prácticas, debe ser negociado por los actores participes y señala lo que alumno y tutor deben realizar, en el tiempo que se debe cumplir. Igualmente, este contrato reconoce las expectativas de todos los actores (alumno y tutor) en el proceso de aprendizaje, adecuando las aspiraciones del alumno con la realidad asistencial y posibilidades de aprendizaje del contexto.

En el terreno de las ciencias de la Educación, este hecho es conocido como “Contrato Didáctico”, y ha sido demostrada su utilidad en los contextos de la formación de profesionales docentes (maestros, pedagogos, etc). Autores como Przesmycki (2000), Klenowski (2004), Lobato (2006), Martín y cols (2008) entre otros, señalan que entre los beneficios de establecer estos contratos de aprendizaje, se encuentran, propiciar relevancia a las actividades a realizar, adecuar las demandas y expectativas de los alumnos a las realidades del contexto, brindar

autonomía al alumno al poder ser consciente de que puede y que no puede aprender así de la manera en cómo hacerlo. Se convierte por tanto, en una herramienta fundamental para estimular el aprendizaje autónomo en una persona adulta.

En el contexto de las Ciencias de la Salud, Watson (2002), Bailey y Dympna (2009), Rodríguez (2014), entre otros muchos, nos recuerdan que el Contrato de Aprendizaje, es una metodología usada con frecuencia en los programas de formación practico-clínica de las disciplinas sanitarias en general, y en enfermería en particular.

Este tipo de contratos, aumentan la autonomía del alumno, disminuyen su incertidumbre, aumenta la motivación para el aprendizaje y estimula la responsabilidad del alumno para con su propio aprendizaje. Respecto al tutor, tiene patentes ventajas al establecer una hoja de ruta sobre la que poder trabajar y “orientar” la formación práctica del alumno.

Finalmente en lo que respecta a este aspecto de la práctica tutorial de nuestros entrevistados, pese a que los “Contratos de Prácticas” son instrumentos reconocidos en las guías docentes de los alumnos que realizan prácticas en sus centros, éstos claramente no son llevados a cabo. Esta es por tanto una conducta que podríamos calificar como poco apropiada desde el punto de vista pedagógico.

- **Los tutores tienden a realizar una “tutorización defensiva” frente a la “libertad de acción del alumno”.**

Otros comportamientos que podrían caracterizar el comportamiento de nuestros tutores, serían la *Delegación de actividades rutinarias*, (69.2% bastante o muy de acuerdo) la *Adopción de roles secundarios de observador en presencia de situaciones complejas*, (53% bastante o muy de acuerdo) que pudieran implicar riesgo para el alumno, el paciente o déficit de conocimientos para con el alumno; la *Vigilancia del alumno por seguridad del paciente* (77.1% muy de acuerdo), la *Valoración de las actividades que puede realizar el alumno de forma autónoma* (90.3% bastante o muy de acuerdo). En todos estos aspectos, los datos observados tanto de los cuestionarios como de los GD, nos indican

actitudes y comportamientos discutibles desde el punto de vista de la formación práctica y el aprender haciendo.

Podemos decir, que una gran parte de los tutores, *delegan actividades rutinarias, otorgan al alumno un rol de observador en aquellas circunstancias complejas, vigila las acciones del alumno y valora los conocimientos que posee el alumno para proporcionarle autonomía*, todo ello en post de la seguridad del paciente y/o el alumno. No obstante, con ello se perjudica gravemente el aprendizaje del alumno en formación.

Todos estos aspectos de la práctica como tutor, son justificados por parte de los participantes como una forma de brindar “seguridad al paciente” y al propio alumno, ante la posibilidad de cometer errores que pudieran ser fatales.

Como constata Alcántara y cols (2013), tras realizar una búsqueda sistemática sobre los riesgos de los alumnos de enfermería en su formación práctica, llega a la conclusión de que en las prácticas clínicas ocurren accidentes. Estos accidentes se encuentran relacionados con la seguridad del alumno y con las consecuencias de errores cometidos por la manipulación de medicación por parte de los alumnos debido a inexperiencia, falta de atención, exceso de horas, etc.

Este aspecto, **Vigilancia vs Autonomía**, es una de los dilemas más abruptos con los que se encuentran los tutores clínicos, a la hora de afrontar la formación práctica de los alumnos. Y es que se han de conjugar valores como la seguridad del paciente y el alumno, con la posibilidad de aprendizaje a través de la propia acción y la autonomía de acción responsable del alumno. Pues al igual que es valorado de forma positiva por parte del alumno el acompañamiento por parte del tutor, es igualmente positivo para el alumno, el tutor que le brinda autonomía; o lo que es lo mismo, se valora de forma negativa, la coartación de actividades, la realización de actividades rutinarias, etc. derivadas de un exceso de “celo” en la seguridad de pacientes y/o alumnos. (Reyes Revuelta y cols, 2012)

Queda constatado con los resultados de nuestros GD, que el tutor valora un equilibrio entre lo que el alumno es capaz de hacer de forma

autónoma y la actitud vigilante. Es por ello por lo que se aseguran de que un alumno sabe dominar una técnica o cuidado, para dejar cierta libertad de acción al alumno al respecto. Así lo constatan en las respuestas dadas al cuestionario, donde cerca del 70%, afirma realizar comportamientos en este sentido.

Este equilibrio, se establece mediante el juicio que el tutor hace de los conocimientos y habilidades de que el alumno posee. En cierto modo es una relación de confianza, del tutor para con el alumno; seguridad de que lo que va a realizar no implica peligro para él o para el paciente. Esta confianza ha sido denominada por algunos autores como “Confianza Formativa” (Castillo Parra, 2013). Como señala esta autora en su Tesis Doctoral, *“el tutor reconoce el momento en que el estudiante está preparado para asumir la realización de actividades de una manera autónoma”* (Castillo Parra, 2013, p 193). Para ello, el alumno debe haber mostrado previamente actitudes, conocimientos y habilidades apropiadas, según el criterio del tutor.

Junto a esta valoración acerca del grado de conocimientos que el alumno posee, la interpretación de aspectos cruciales a juicio del tutor en lo que respecta al comportamiento del alumno, como son la disposición a la acción, la actitud participativa con el equipo, la capacidad de razonamiento clínico, etc, juegan un papel decisivo a la hora de fortalecer esa relación de confianza. Y en este punto volvemos a entrar en la importancia de la relación alumno-tutor, para el adecuado proceso formativo. El juicio subjetivo del tutor para con el alumno, en base a impresiones de uno para con el otro, condicionará en cierta medida, la libertad o autonomía que brindará al alumno a la hora de realizar sus actividades prácticas.

Con frecuencia, una falta de autonomía, derivada de una relación de confianza del tutor para con el alumno deficiente, o un exceso de celo en la actitud vigilante por miedo al error del alumno y las consecuencias que se pudieran derivar del él, limitará el desarrollo del aprendizaje del alumno, frustrando sus expectativas y condicionando su crecimiento profesional.

El fantasma de producir daños en el paciente y las consecuentes demandas judiciales, lleva a practicar lo que hemos denominado una *“tutorización defensiva”*, evitando las conductas activas del alumno, justificadas en el beneficio para el enfermo y para el propio alumno. Esto configura, a nuestro entender un error desde el punto de vista docente, error por omisión, con una argumentación falaz aunque convincente a primera vista.

Esto es, desde nuestro punto de vista, si se priva al alumno de “experimentar” en primera persona aquellas situaciones más conflictivas, entendiéndose por tales, aquellas en las que puede existir un riesgo controlado o conocido para el paciente y/o el propio alumno (como pudieran ser canalización de vías dificultosas, manipulación de productos contagioso o peligrosos), no es de extrañar que los profesionales empiecen a aprender cuando ya son profesionales y no tienen el soporte de un tutor más experimentado.

El aprender de los errores, es algo consustancial y natural al propio aprendizaje, de forma que el miedo a que los alumnos cometan errores, no pensando tanto en la repercusión para con el paciente, sino para con el propio tutor, es un error desde el punto de vista didáctico y metodológico que se debe subsanar. La mejor manera de instalar una “Cultura de la Seguridad” es en aceptar el error como algo natural a la práctica asistencial y humana. Y es que a este respecto nos queda mucho que avanzar. A día de hoy, aquellos errores reconocidos por sus participantes y cuyos efectos pudieran haberse subsanado, suelen mantenerse en hermético secreto por parte de los profesionales implicados, por el miedo a las consecuencias personales y/o profesionales que pudieran acarrear. Se evita por tanto el posible beneficio que para otros profesionales y para otros pacientes, pudiera darse de la experiencia vivida: la comisión del error y la consecuente resolución del mismo, aprender de ella e impedir que ocurra en el futuro.

- **Los Tutores de Enfermería, siguiendo la tradición formativa en ciencias sanitarias, siguen un modelo basado en Demostración-**

Observación-Imitación, enfocado más al Entrenamiento que a la Formación.

Una de las situaciones que más se tiene en cuenta a la hora de atender la forma en que se enseña en la práctica clínica, tiene que ver con el Modelo Formativo; la formación clínica en las ciencias sanitarias, se ha basado en la relación Demostración-Observación-Imitación (D-O-I). En un primer momento el tutor realiza un procedimiento, mientras el alumno adopta rol observador, para posteriormente, (cuando el alumno demuestra al tutor, el manejo fehaciente de los conocimientos, habilidades, capacidad de razonamiento, etc.) poner en práctica lo observado tal y como lo ha realizado el tutor.

Esta forma de proceder en la formación práctica, D-O-I, no es única de la formación sanitaria; desde tiempos remotos, la práctica totalidad de formación práctica profesional, especialmente aquellas que requieren de habilidad y destreza técnica, se basan en este tipo de método formativo. En la actualidad, este modelo formativo, ha sido descrito fehacientemente por lo que se ha denominado “*Entrenamiento en el Puesto*” o “*Trainig Whithin Industry*” (Andrés, 2001). Estos métodos lejos de ser novedosos o revolucionarios, se pusieron en práctica en Estados Unidos a lo largo de la II Guerra Mundial, como una forma de formar de una forma eficiente a los trabajadores en las fábricas de industria militar. En un manifiesto de 1943, respecto a ésta técnica, se recoge la siguiente aseveración:

“a plan to help the supervisor produce greater quantities of quality products in less time by making the best use of the manpower, machines and materials that are not available”.(War Manpower Commission., 1943)

En la actualidad La Formación en el Puesto de Trabajo, es uno de los paradigmas actuales de la Formación de Profesionales, especialmente aquellos que van a realizar una tarea eminentemente técnica. Los actuales programas de Formación Profesional como es la *Formación Dual*, se basan en estos planteamientos.

Esta metodología de enseñanza-aprendizaje, se basa en la repetición de conductas, más que en la reflexión sobre lo acontecido y la oportunidad

de aprendizaje que esto supone. Como Método, el Entrenamiento en el Puesto (Training Within Industry-TWI) sigue las siguientes etapas. (Andrés, 2001)

- *Preparación:* las tareas a realizar son identificadas detenidamente por parte del “profesional-monitor”, identificando los puntos clave. Además se sensibiliza y se valora su nivel de conocimientos y experiencias del “alumno-empleado” en relación a la acción a realizar.
- *Explicación-Demostración:* se explica lo que se va a hacer y se demuestra paso a paso la forma en que se realiza, explicando por qué se realiza así y la presencia de dudas. Con frecuencia se puede proporcionar al alumno materiales para que al tiempo que observa como el “profesional-monitor” realiza la tarea, tome conciencia espacial.
- *Aplicación Controlada:* tras esta primera fase, el “alumno-empleado”, sigue los mismos pasos que se han mostrado en la fase de explicación-demostración y desarrolla la actividad en presencia de un “profesional-monitor” Es una mera imitación de la conducta observada. En este momento, se sugiere que el alumno realice estas primeras experiencias en entornos controlados seguros para evitar que surjan omisiones o errores que deban ser corregidos. Esto se repite hasta que el “profesional-monitor” está seguro de que puede realizar la tarea de forma adecuada.
- *Practica a distancia.* A partir de este momento, se deja que el “alumno-empleado” realice las tareas encomendadas, de manera autónoma, en un entorno real, pero siendo controlado a distancia por el profesional-monitor.

Esta forma de entender la Formación Práctica de Profesionales, dista mucho de los paradigmas que reconocen la utilidad formativa de la práctica. Y es que pese a que parten de las mismas premisas, como son la experimentación activa por parte del sujeto aprendiz, no se pretende la reflexión del mismo de lo realizado, ni la estimulación de la innovación por parte del alumno, a partir de lo reflexionado.

Autores como Schon (1998), autentico paladín de la Formación en Práctica, defienden la práctica como eje para la formación. Y es que éste autor, reconoce la Observación como uno de los motores del aprendizaje. Este modelo Demostración-Observación-Imitación (DOI), como manifiesta Schon (1992), es la base del aprendizaje práctico, de forma que el alumno observa cómo el profesional realiza un procedimiento, para posteriormente ejecutarlo él, en presencia del profesional. Durante el procedimiento de demostración inicial el tutor va comentando los distintos pasos del procedimiento, mientras el alumno observa. Igualmente cuando el alumno comienza a mostrar lo aprendido, el tutor guía con las indicaciones precisas, si es necesario. Es lo que este autor denomina "Decir-Hacer".

Pero no todo proceso de aprendizaje por DOI, puede ser considerada "Formación". La paradoja de este tipo de aprendizaje, del Aprendizaje en la Acción, como reconoce Schon, es que el alumno realiza al principio acciones sin comprender lo que necesita aprender, o el significado de cada paso; *"solo puede aprender formándose a sí mismo, y solo puede formarse a sí mismo comenzando a hacer lo que no comprende"* (Schon, 1998, 93). Por tanto para poder hablar de "Formación" o de "Aprendizaje para la Formación", se exigen dos cosas: por un lado la reflexión del alumno sobre lo que hace, y por otro el apoyo del tutor entorno a resolver dudas y estimular dicha reflexión. De lo contrario, tendremos como resultado "Imitación" o "Aprendizaje para la Imitación", siendo más un proceso de Entrenamiento que de Formación.

Para convertir la metodología DOI de meros procesos Entrenamiento en procesos de Formación, el tutor, debe incentivar la reflexión del alumno sobre lo que ha realizado, de manera que lo vivido por parte del alumno, genere en él nuevas formas de actuar, distintas de lo que se le ha mostrado, con el fin de solventar aquellos aspectos que le resultan contradictorios, dudosos o mejorables de lo realizado. Pero esta reflexión, no se queda en el pensamiento, sino que se debe poner en práctica, para generar nuevas reflexiones e iniciar así un ciclo reflexión-acción perpetuo.

En este sentido, como nos advierte Castillo Parra (2007), en los procesos de enseñanza práctica de enfermería, abundan situaciones de imitación irreflexiva, fomentado principalmente en la figura de poder que ostenta el tutor, reconocida por el alumno; por lo tanto, el proceso se basa en una metodología DOI.

La cuestión sería, ¿cómo los tutores han desarrollado esta forma de enseñar?. Nuestra hipótesis, sería a través de la experiencia como alumnos y la observación del entorno; puesto que ellos han sido formados en este método, los tutores tienden a reproducir este modelo, en ausencia de otras directrices. Igualmente, éste método es contemplado como la “única” o la “mejor” manera de enseñar en la práctica; o como ellos manifiestan, “*como se ha hecho siempre*”. Por tanto, no se estimula a la reflexión, o al menos ésta no es una parte consustancial de la práctica tutorial.

Y es que como reconocen algunos testimonios de los GD, en ocasiones los tutores tienen la propia sensación de que durante la formación práctica pretendemos (los tutores) que “aprendan a trabajar...”. Este tipo de afirmaciones nos proporcionan una idea de las creencias que respecto a la formación práctica se tiene, más cercana a los planteamientos del “Entrenamiento en el Puesto” que en una visión general del proceso formativo como profesional de enfermería.

- **Los Tutores de Enfermería, presentan relaciones de feedback adecuadas con el alumno.**

Según los datos que nos arrojan nuestros cuestionarios, entendemos que los tutores presentan relaciones adecuadas de feedback y comunicación para con el alumno. Y es que el 64.3% de todos los encuestados manifiestan actitudes y comportamientos que entendemos como “Excelentes” en lo que a aspectos propios del feedback se refiere, como son la comunicación positiva y negativa para con el alumno de lo realizado en la práctica. En el otro extremo tenemos que solamente el 2.1% presentan actitudes que entendemos como “Poco Adecuadas”. Si atendemos a los distintos grupos poblacionales, observamos que mientras en el colectivo de Tutores, estos comportamientos de feedback se remontan hasta el 72% de Excelentes, en los No Tutores, éste solo alcanza

el 47.6%. Este dato, nos transmite la especial naturaleza del No Tutor, para con el alumno.

Estos datos son similares a los encontrados en otros estudios Y es que en el marco de las relaciones alumno-tutor, éstas son con frecuencia adecuadas, los tutores explican, solventan dudas y corrigen desviaciones, todas ellas actitudes propias del feedback positivo.

No obstante, no podemos olvidar que con frecuencia se afirma realizar este tipo de comportamientos, cuando en realidad no es así, o se hacen de forma errónea. Autores como Sender , Liberman, Steinert, McLeod y Mererissian (2005), afirman tras un estudio de las habilidades comunicativas de los docentes en medicina clínica, que pese a que el 90% de los docentes médicos informaron de realizar feedback de manera satisfactoria, en realidad solo el 17% de los estudiantes, estuvieron de acuerdo con lo afirmado.

Y es que pese a lo reconocido de la importancia del feedback en la educación en general y en la formación clínica en particular, no es sencillo poner en práctica; debido a las múltiples concepciones que respecto al concepto se tienen.

Dada la ambigüedad del concepto, cada persona y colectivo (alumnos y profesores) presentan conceptos e ideas distintas respecto a lo que es e implica tener feedback en una relación de aprendizaje. Autores como Adcroft (2011) y Boud (2013), sostienen esa idea. Y con frecuencia los alumnos sienten que el feedback proporcionado por los docentes, es mucho menor al que los docentes afirman haber propiciado (Adcroft 2011).

Distintos estudios, señalan que una de las cualidades más destacadas por los alumnos para caracterizar el buen tutor, es su “capacidad comunicativa”, “que sea buen comunicador”, etc. Todas ellas relativas a aspectos propios del feedback. (Navarro Moya, Martínez Ros, Viguera Lorente y Rodríguez González, 2002)

Como advierten distintos autores, el estilo comunicativo a la hora de transmitir los aspectos erróneos o a mejorar de las conductas realizadas por el tutor, puede condicionar el proceso de aprendizaje. Actitudes

excesivamente autoritarias, o feedback mal entendidos, pueden ser contraproducentes en el proceso de aprendizaje del alumno (Dudek, 2005) Pese a lo reconocido de la bondad y necesidad para el proceso de enseñanza y aprendizaje del feedback tutor-alumno, (tanto en el contexto práctico como en el académico) (Clynes, 2008) el problema respecto a cuál es la mejor manera que el tutor informe al alumno sobre su desarrollo, evolución, comunicación de errores y aciertos, etc. constituye una problemática tratada desde hace tiempo por las ciencias de la educación. Algunos autores (Van de Ridder, Sotkking, McGaguie y Tencate, 2008; Caccarelli, 2014) afirman que la idea del feedback en la educación médica se aprecia en los escritos de Hipócrates y otros sabios de la antigüedad.

Autores como Ende (1984), afirman que la importancia del feedback en la adquisición de competencias clínicas fluye desde la naturaleza del método de formación clínica. Como afirma esta autora, el feedback ocurre cuando un estudiante es “enfrentado” a lo que ha realizado así como las repercusiones de lo que ha hecho.” Esta forma de entender el feedback, vincula los aspectos propiamente comunicativos con la reflexión. El feedback contribuye a que el estudiante reflexione, y por lo tanto realice una autoevaluación sobre los conocimientos adquiridos o prácticas realizadas, identificando y aceptando las oportunidades de mejora dentro del proceso de su aprendizaje (Gruppen, Branch y Laing, 2003; Caccarelli, 2014).

y es que para que la crítica sea realmente constructiva, no se limita a transmitir lo bueno o lo malo de lo realizado, sino a obtener aprendizaje a través de cómo mejorar o cómo no empeorar, etc.

Como afirma distintos autores (Ende 1986, Sargeant y cols 20009,Caccarelli 2014), sin feedback, los errores no se corrigen, los comportamientos adecuados, no son reforzados ; el alumno puede tomar como adecuado lo realizado, pueden tomar ejemplos negativos o como verdadero las opiniones de personas no adecuadas (no expertas). Sin feedback el sentimiento de estar a la deriva propio del alumno se amplifica.

Sin embargo, para que se produzca un adecuado feedback, es necesario que el tutor esté comprometido realmente con el proceso (Caccarelli, 2014)

y conocer las competencias que constituyan la meta a lograr por el alumno (Ende, 1983).

Ante estos datos y la importancia que el feedback presenta en la relación tutor-alumno y en el aprovechamiento de la formación práctica, merece la pena establecer un estudio detallado entorno a la “cualidad” de este feedback, orientado a conocer detalladamente la forma en que corrigen los errores, y comunican los aspectos positivos o negativos. Aspectos que se escapan de nuestros objetivos de investigación.

Igualmente, las creencias sobre la formación en general y la formación práctica, su utilidad para el alumno en particular, son de crucial importancia para el comportamiento como tutor. Así pues concepciones derivadas de la Racionalidad Técnica (RT), (Schon; Medina Moya) donde la actividad profesional es entendida como una “aplicación” del conocimiento científico-técnico a la realidad como medio de solución de los problemas, deriva en una idea formativa donde la “teoría dirige la práctica”; es decir, primero es necesaria la “formación teórica” para entender las situaciones dadas en la práctica. La práctica es necesaria, pero accesoria. Tiene por tanto un valor formativo pero en un segundo término; mas como “demostración” que como generadora de conocimiento en sí misma.

9.5. EVALUAR EL GRADO DE FORMACIÓN EN TÉCNICAS DOCENTES DE LOS TUTORES DEL PRACTICUM DE ENFERMERÍA

Tal como queda probado mediante los testimonios recogidos en los GD, el grado de formación e información en técnicas docentes es escaso o limitado.

Una de las razones que podemos encontrar para el déficit de formación específica en materia docente por parte de los tutores, puede radicar en carácter voluntario que se atribuye a esta actividad; carácter voluntario, no solo reconocido por los implicados sino por las propias instituciones, tanto sanitarias como docentes; de forma que el único requisito para ser tutor es como hemos visto anteriormente, la voluntariedad expresa. Por lo tanto, la formación no es un

requisito exigible al rol de tutor en la Comunidad Autónoma de Murcia; de hecho, ni siquiera es ofertada esta opción formativa.

La “formación para la tutoría” es un aspecto destacado como criterio específico para el desarrollo de la función tutorial, por encima del bagaje personal y la experiencia profesional, siendo clave para ser un buen tutor (Martínez Figueira, 2010) Distintos organismos reconocen la necesidad de formación específica la para desarrollar la función del Tutor de Pregrado de Enfermería. (Lain Entralgo, 2009). Esta institución desde 2005, pone en marcha cursos de formación de tutores. Su plan de formación, se centra en dos etapas: un curso básico titulado “*Aprender a enseñar para enseñar a aprender*”, para en un segundo tiempo, realizar una segunda fase “*Herramientas para la Tutorización*”.

Según argumenta esta institución el curso de iniciación fue recibido por 1500 profesionales en 4 años de vigencia (de 2005 a 2009); mientras que el segundo curso fue impartido a 400 profesionales en ese mismo periodo. En la actualidad, el Servicio Madrileño de Salud, oferta cursos formativos para tutores, cuya temática principal gira entorno a aspectos docentes y metodológicos de la tutorización de alumnos, como “*estilos de aprendizaje*”, “*El proceso de tutorización*”, “*didáctica en entornos clínicos*”, “*estilos comunicativos*”, “*métodos de evaluación en práctica clínica*”, etc.

Estos cursos tienen el valor añadido de estar reconocidos por la Comisión de Formación Continuada, o lo que es lo mismo, presentan un valor acreditativo en lo que respecta a procesos de concurso de organismos oficiales (Ofertas de Empleo Público, Concurso de Traslados, Bolsas de Trabajo, etc). En este sentido es loable el esfuerzo que éste organismo (Servicio Madrileño de Salud), presenta para estimular la formación de sus tutores, ofertando dentro de un *Plan de Formación de Tutores de Estudiantes de Enfermería y Fisioterapia*, anualmente 14 actividades formativas con temáticas distintas.

Algunas instituciones como el Servicio Catalán de Salud, (Document Marc. La formació de Grau d’infermeria, 2008) apunta, ya no la necesidad de formación en metodología docente por parte del tutor, sino, más bien, aboga por la “acreditación del tutor de enfermería”. Esta acreditación como reconoce este organismo, es una responsabilidad propia de cada profesional, como una forma de poder desarrollar adecuadamente las funciones que le son propias. Esta

acreditación, es la condición sin eua non, por la que los profesionales de enfermería desarrollan su labor como tutores en los servicios asistenciales. Esta función “recertificada” cada cinco años, y como criterios a valorar, destacan haber recibido en dicho periodo de cinco años, formación relacionada con el ámbito de trabajo, formación relacionada con metodología docente.

En lo que respecta al plan de formación de los tutores que presenta este organismo, éste recomienda que se centre en un Módulo Básico que se recoja temáticas relacionadas con aspectos propios de la metodología docente (la teorías de aprendizaje, detección, priorización, planificación y evaluación de aprendizajes, etc.) y formación del Plan de Estudios que se encuentren aplicando. Tras el Módulo Básico, se realiza un Módulo de Profundización, en el que como su propio nombre indica se profundiza en aspectos específicos de la metodología docente y la relación docente-discente, como son Manejo de Metodologías docentes e instrumentos de evaluación (como el feed-back, la supervisión clínica, el portafolio, etc.); El Profesional en el Ámbito Sanitario (ética y motivación asistencial, trabajo en equipo, rol de tutor, etc.) y Comunicación y relaciones interpersonales (Procesos de liderazgo, habilidades de comunicación, asertividad, resolución de conflictos, etc.).

En nuestro contexto, experiencias como la llevada a cabo por García Sánchez, López Arroyo, Gallego Lorente y Echevarría Pérez (2008), pone de relieve el interés despertado por el tema en nuestra comunidad. Tras un estudio realizado a lo largo del curso 2004-2005, entre las conclusiones a las que se llegó destaca la necesidad expresada por los tutores que participaron en el estudio, de realizar cursos de formación que faciliten la tutorización de los alumnos. Como consecuencia directa, la UCAM realizó el I Curso de Formación de Tutores de la Región de Murcia, durante el mes de marzo de 2007. Tras la realización del curso, los tutores participantes, fueron cifrados en 25 tutores de todos los contextos sanitarios de la Comunidad Autónoma; estos valoraron la actividad formativa, los tutores, lo consideraron como muy positivo y el 76.3% consideró muy aplicable las materias impartidas para su puesto de trabajo.

Esta actividad, que podemos considerar “pionera” en la Comunidad Autónoma de Murcia, por ser la primera actividad docente con tutores de la que tenemos constancia, es igualmente la única puesto que éstas jornadas no han sido

repetidas o al menos no han tenido la repercusión debida en la comunidad tutorial.

No obstante, el buen resultado obtenido por esta iniciativa, alienta la posibilidad del éxito que pudiera tener la puesta en marcha de un plan de formación de tutores.

Es de destacar, la diferencia existente entre los planes establecidos en los distintos servicios que ofertan/exigen formación para sus tutores, como son el Servicio Madrileño de Salud y el Servicio Catalán de Salud, y nuestra experiencia en la Comunidad Autónoma de Murcia. Pues en los comentados servicios, la formación se encuentra jerarquizada y estructurada, mientras que en nuestro contexto, ésta es una experiencia marginal.

Desde nuestro punto de vista la formación, es, al tiempo, una responsabilidad y un derecho del tutor; y al mismo tiempo una obligación para el servicio de salud y para el servicio docente. Responsabilidad del Servicio de Salud.

9.6. DETERMINAR LAS IMPRESIONES Y CREENCIAS ACERCA DEL PROCESO DE FORMACIÓN PRÁCTICA DE LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA

Tal y como veíamos en el Capítulo 3, las creencias que los Tutores poseen respecto al proceso formativo en general, y la formación práctica en particular condicionan la manera en que éstos entienden su labor como tutores, y ayuda en parte a explicar el por qué actúan de una manera u otra.

En este sentido, nuestra investigación muestra datos reveladores como la alta dependencia que los tutores conceden a la formación práctica respecto de la formación teórica. Los datos procedentes del análisis de los GD nos indican que los participantes en nuestro estudio, consideran que existe una relación jerárquica entre la teoría y la práctica de manera que la primera orienta a la segunda; bajo esta concepción no se puede desarrollar la práctica sin unas nociones previas de teoría, que “expliquen” la práctica. Estas concepciones son ampliamente extendidas por diversos profesionales. Es lo que distintos autores han identificado como RT, especialmente Donald Schon (1982) y Medina Moya (1999, 2005).

La idea de la RT, descansa sobre la base de que el conocimiento teórico, científicamente creado, es capaz de predecir y explicar los sucesos acontecidos en la práctica cotidiana de una profesión. Es lo que estos autores denominan como “visión positivista de la práctica”.

Entre los rasgos de la RT, destacan la consideración del profesional como un experto técnico, ocupados en resolver problemas a través de la aplicación de teorías científicas o demostradas. Esta filosofía jerarquiza la relación entre el saber y el hacer, entre la investigación y la acción.

El profesional que actúa bajo los principios epistemológicos de la RT, primero debe conocer la teoría “explícita”, lo que va a ver y vivir en la práctica, como la única forma de afrontar la resolución de los problemas que esta le plantee. Ahora bien, como Schon (1992) pone de relevancia, esta explicación no siempre es válida y con frecuencia no se encuentra una explicación satisfactoria en la teoría que sustenta la práctica. Lo que nos dice la RT, es que entonces se debe investigar, para generar más conocimiento que sustente y solvante los problemas encontrados.

No obstante, esto genera distanciamiento de la Teoría frente a la Práctica. Schon entre otros, afirma que este distanciamiento, se manifiesta en lo que él denomina “crisis de confianza en el conocimiento profesional”. Y es que con frecuencia, los profesionales, actúan basándose en actuaciones propias de su experiencia, su reflexión o “intuiciones” poco sustentadas en conocimientos teóricos contrastados, sino más bien, por la práctica cotidiana y la experimentación día a día. Es lo el autor, ha denominado “Racionalidad Práctica”. Donde es el profesional, quien elabora sus propias “teorías” sobre cómo funcionan los distintos aspectos de su entorno; teorías elaboradas a partir de la exploración particular, el ensayo-error, la experiencia previa, lo observado en otros, etc. pero siempre partiendo de la experiencia y la reflexión posterior de lo vivido. Conocimiento con frecuencia poco explicitado o formalizado; un conocimiento tácito de la realidad.

Los planteamientos sobre la RT, inundan todo el devenir profesional de enfermería; así pues desde la concepción propia de los cuidados hasta los planes formativos derivados en gran medida de planes de corte médico (al menos tradicionalmente), se aprecia la influencia de estas ideas.

Y es que como nos comenta Medina Moya (1999), las prácticas de cuidado se han vinculado a una dependencia total de las ciencias naturales (principales defensoras de la RT), creando entorno a la ciencia biomédica el cuerpo de conocimiento y la práctica cotidiana de la enfermería. Como dice el autor *“en realidad es una posición cómoda ya que aquella parte de la práctica del cuidado que se funda en la ciencia biomédica es fácilmente objetivable y demostrable”* (Medina Moya, 1999, p. 69)

En lo que se refiere a los Planes Formativos, éstos se establecieron los planes de estudios de las profesiones. Y es que los profesionales que se precien son “científicos”. Entre ellas las ciencias sanitarias, la medicina en particular. Como veíamos en los capítulos precedentes, la formación enfermera tiene un claro componente de influencia de la formación médica. Autores como Medina Moya (2005), nos advierten del marcado carácter Científico-Técnico que posee el currículo de Enfermería, donde primero en orden cronológico y como si se tratara de los pilares de un edificio, al alumno se lo forma en “ciencias básicas”, con frecuencia poco vinculadas a la profesión en si (anatomía, fisiología, citología, estadística, bioquímica, etc), como la base de conocimientos que explica y condiciona la vivencia profesional. Este tipo de plan de estudios es un reflejo exacto de la formación dada en los currículos médicos, especialmente a partir de principios de siglo XX, bajo la influencia del Informe Flexner.

- ***El conocimiento teórico es previo al conocimiento práctico.***

Como afirma Medina Moya (1999), “para aquellas profesionales que defienden una visión de ciencia aplicada, esta relación es clara: la teoría prescribe la práctica.

Los profesionales de enfermería, como dirían autores como Medina Moya, Brenner o Schon, poseen una visión tecnológica de la relación teoría-práctica. Como bien argumenta este autor, en el pensamiento colectivo de la enfermería subsiste la idea de la que la teoría es previa a la práctica, la dirige, la explica y la orienta. Es fruto del proceso seguido por la Enfermería a lo largo de la historia, para consolidarse como un saber, como una disciplina con cuerpo de conocimientos propio. Y es que tras décadas subsumidos al poder y al conocimiento biomédico, llegado el momento de la “emancipación”, las enfermeras buscaron legitimidad a sus

planteamientos en la Razón Instrumental, “siendo ésta la responsable de las nociones a todas luces erróneas de teoría y práctica que todavía hoy subsisten en el subconsciente y el imaginario colectivo de los profesionales de enfermería.

Este proceso sufrido por la enfermería a nivel global, es similar en todas las culturas, con la diferencia de la temporalización; a nivel anglosajón (Inglaterra, Estados Unidos y Canadá) este proceso se vivió a lo largo de final del siglo XIX y principios del XX; sin embargo, por las propias características de la enfermería española, se ha vivido como pronto a partir de 1980, con el surgimiento de las Escuelas de Enfermería, y su incorporación a la Universidad.

En resumen, como afirma Medina Moya (1999), “... la buena Enfermería, será aquella que derive sus normas de enunciados científicos porque el ingrediente científico de la teoría-práctica de Enfermería es el único legítimo para ofrecer instrumentos útiles en la toma de decisiones objetivas sobre las acciones más eficaces en la práctica del cuidado”. (Medina Moya, 1999: 100). O lo que es lo mismo, “la práctica profesional de la Enfermería consiste en la aplicación sistemática del conocimiento teórico y científico aprendido en las escuelas y facultades”, lo que equivale a pensar que la teoría dirige la práctica.

Para los sujetos de nuestro estudio, la Formación Práctica es crucial y muy importante para la formación como enfermero del alumno. Así lo constatan en un amplio porcentaje de respuestas en los ítems relativos así como aseveraciones en los GD. Ahora bien, esta formación práctica es útil, siempre y cuando, previamente se acompañe del conocimiento teórico que lo “explica”; de hecho, gran parte de la docencia realizada por el tutor, consiste en la explicación científica de lo que se está haciendo (con frecuencia biomédico), obviando el saber que ésta misma produce.

De esta forma una práctica aislada de la teoría (sin la formación teórica previa), se niega como estímulo adecuado para la formación eficiente de los alumnos. La Epistemología de la Práctica, pierde la batalla frente a la RT.

“La Epistemología de la Práctica implícita en el artista, desarrollada a través de los procesos intuitivos que los prácticos realizan en situaciones de incertidumbre,

inestabilidad, unicidad y conflicto de valores” (Schön, 1983, 49) El conocimiento se construye en la acción y a través de ella «*Conocer es actuar, actuar es conocer*», así es como Von Foerster (1991), asienta las bases para una epistemología de la práctica.

Este papel preponderante de la Teoría sobre la Práctica, explica en parte las demandas y reclamaciones de los tutores respecto de la deficiente formación teórica con la que los alumnos llegan a los servicios asistenciales a hacer prácticas clínicas. Y es que con frecuencia, éstos aún no han cursado las materias académicas que explican los aspectos prácticos que van a ver, a vivir y a experimentar en los contextos asistenciales donde van a realizar la formación práctica.

- ***El profesional es quien posee el conocimiento; el alumno lo observa y lo imita.***

Como una idea derivada de la RT y de la visión positivista del conocimiento, la relación entre docente y alumno es jerárquica, ostentando posiciones de poder marcadas por la posesión del conocimiento. (Castillo Parra y Medina Moya, 2006).

Esta influencia, en la práctica se sigue manteniendo, de manera que el profesional en cuanto a técnico (aplicador del conocimiento teórico) es el poseedor del conocimiento, cuya explicación con frecuencia se encuentra en los libros, artículos o distintos documentos científicos apropiados.

La idea de que el profesional es el poseedor del conocimiento, además de establecer relaciones de poder y sumisión entre alumno y profesor, (poder dado por la posesión del conocimiento), hace que el alumno realice un ensalzamiento de la práctica y lleve a cabo una “imitación” de las conductas y la reproducción de la acción profesional vista por el alumno. Se legitiman de esta manera los métodos Demostración-Observación-Imitación tratados anteriormente. Eso sí, siempre de una forma irreflexiva. (Castillo Parra y Medina Moya, 2006).

Un reflejo de ésta idea, son las respuestas dadas por los participantes en el estudio, al estar un 75% de los participantes, Bastante de acuerdo-Muy de acuerdo, con la afirmación “*otorgo buenas calificaciones al alumno, si realiza las actividades de enfermería tal y como se las he mostrado*”.

Esta situación de poder, se hace patente en situaciones complejas, o aquellas en las que el tutor, considera que el alumno no está capacitado para hacer frente, o pone en práctica aquellos aspectos ya comentados de la “tutorización defensiva”. En estas situaciones el alumno, tal como brillantemente describe Gálvez Toro (2005)

“La posición interna del alumno es comparable a la del observador que describe desde una ventana lo que ocurre en una calle transitada. Si este observador puede ver un atraco sin implicarse y describir la reacción del público, de la víctima y del atracador, el alumno hace lo mismo con los hechos en los que no participa pero que ocurren y los ve porque está en la ventana que le permite su observación. Este es el papel del estudiante cuando se produce una parada cardiorrespiratoria o se muere un paciente. No tiene autoridad para hacer nada y nadie cuenta con él porque en estas circunstancias no existe. Se da una situación de observación unidireccional con una elevada carga emocional. Esta posición de distancia donde predomina el rol de observador es más frecuente que lo que estas situaciones extremas hacen pensar.”(Gálvez Toro, 2005, p.3)

- ***La formación práctica como una formación para el trabajo.***

Otra de las connotaciones que se desprenden de algunas de las afirmaciones de los tutores a lo largo del desarrollo de los GD, es la idea de que la formación práctica tiene un valor indudable, especialmente al atender a la formación en el puesto de trabajo y para el puesto de trabajo. Como veíamos anteriormente, esta idea de la “Formación en el Puesto de Trabajo”, es el eje de muchas de las actuales políticas de Formación Profesional, Formación Dual y con frecuencia se confunde con los postulados propios de la Formación Práctica.

Como podemos observar, el proceso descrito por el TWI, no difiere mucho de la metodología usada por los profesionales de enfermería cuando ejercen su labor como tutor. Y es que como comentábamos en el Capítulo III, las experiencias formativas previas, condicionan la manera en que formamos. Si bien los planes de estudios han evolucionado, no lo han hecho el proceder como tutor, de manera que como poco, el tutor de enfermería forma del mismo modo que en los años 50; en aquella época, la formación práctica, era conceptualizada de esta manera, como una

formación para el puesto de trabajo; de este modo, aquellas enfermeras, formaron a su vez a nuevas enfermeras, que son las que forman actualmente a los alumnos.

Autores como Camaño y Forero (1999), así lo reconocen, cuando afirman, *“Hoy profesionales en servicio, tienden a enseñar como a ellos se les ha enseñado: sin reflexión, sin crítica y solo fundamentándose en la praxis”*. (Camaño y Forero, 1999, p.155).

Así pues, a pesar de los cambios curriculares, la manera de formar en los contextos prácticos, se asemeja más a una formación para el puesto de trabajo, que a una formación reflexiva.

Esta forma de proceder es propia de planteamientos positivistas de la actividad profesional, donde el puesto de trabajo puede ser disgregado en “tareas” y el profesional, debe dominar esas “competencias” entorno a las características del puesto de trabajo. El profesional debe dominar dichas tareas para ser “competente”.

9.7. IDENTIFICAR LOS ELEMENTOS DE MOTIVACIÓN DE LOS TUTORES DEL PRACTICUM DE ENFERMERÍA.

Como veíamos en los datos arrojados por los cuestionarios, si bien el grado de Satisfacción Global por participar como tutor, podemos calificarlo como “bastante adecuado”, en un 61.8% de manera que existen un 26.4% de encuestados cuyo nivel de satisfacción es “Poco Adecuado” o “Inadecuado”. Como era de esperar, aquellos que se reconocen como No Tutores presentan grados de satisfacción como “Poco Adecuados” o “Inadecuados” bastante superior (30.8% frente 21.1%) frente al grupo de los Tutores. Podemos entender por tanto, que existe un número elevado de tutores que se sienten motivados y por tanto satisfechos con la situación tutorial que viven.

Respecto a los elementos de motivación, tal y como veíamos en los resultados obtenidos en los GD, encontramos distintas motivaciones; motivaciones que podríamos calificar de “Intrinsecas” y “Extrinsecas”. Entendemos por “Motivaciones Intrínsecas” son aquellas que nacen del propio sujeto y encuentran la satisfacción en la realización propia de la acción. Por el

contrario, las “Motivaciones Extrínsecas”, se realizan por el incentivo o la consecuencia tangible que se deriva de la realización de la acción; existe una razón instrumental.

Atendiendo a estas diferenciaciones, entre las Motivaciones Intrínsecas, podemos encontrar el placer por participar en la formación de colegas y en contribuir con ello al avance de la profesión; el “gusto por la docencia”; los sentimientos de empatía para con el alumno, que se traducen en una responsabilidad de atenderlos en su estancia en el servicio; la sensación de “puesta al día” que se produce al interaccionar alumno y tutor.

Es destacable igualmente el sentimiento que se despierta en el tutor, por el hecho de haber tutorizado a un alumno; es un sentimiento de corresponsabilidad, o lo que nosotros hemos llamado “orgullo docente”; y es que como recogemos en nuestros resultados, los tutores sienten recompensa por ver a sus antiguos alumnos convertidos en profesionales. Este tipo de sentimientos está identificado como perteneciente a la identidad y rol como docente (Badía y Moreno, 2011), de manera que con frecuencia la competencia docente autopercibida, se expresa con el orgullo al ver la “obra realizada”: el alumno convertido en profesional. En este sentido, Sutton (2000) descubrió que el orgullo entre otras emociones (placer por el progreso de los alumnos), es de las emociones positivas que más citan los docentes al hablar de su labor.

Y es que este aspecto emocional, que si bien sirve de impulso a la docencia, es al mismo tiempo una variable a tener en cuenta el en comportamiento como docente del tutor, pues la relación entre emociones de los docentes y su comportamiento como docente, está establecido por la literatura especializada, y proponemos este campo como futuros estudios en la tutorización de alumnos de enfermería.

Como motivaciones extrínsecas encontramos las contraprestaciones otorgadas por los centros académicos por ser tutor de alumnos en prácticas, la ayuda asistencial que encuentran en los alumnos cuando éstos ya se encuentran “entrenados”, o los tutores disponen de confianza en los alumnos para que estos desarrollen tareas de forma que, como nos comentan los participantes en nuestros GD, los alumnos alivian las tareas asistenciales de los tutores. Estas afirmaciones se ven refrendadas por los resultados de los cuestionarios.

400. ANDRÉS ROJO ROJO.

Respecto a las contraprestaciones, éstas son consideradas insuficientes, o en el mejor de los casos, desconocen de la situación al respecto; son por tanto un elemento de “desmotivación” que de motivación propiamente dicho. Es decir, los tutores no realizan su labor como tal, por las contraprestaciones recibidas; es más bien al contrario, entre sus demandas se encuentra un mayor reconocimiento en forma de mejores “recompensas”.

En lo que a motivaciones representa, la repercusión que tiene para el tutor contar con la presencia de un alumno como “ayuda” al trabajo, es un aspecto dual. La presencia de un alumno genera al tiempo estímulos desmotivadores y motivadores; inicialmente, contar con un alumno, ya sea en fases iniciales de formación práctica, o con escasa habilidad en técnicas básicas, es un aspecto desmotivador. Cuando el alumno domina suficientemente las competencias y destrezas técnicas, este es valorado positivamente, y es por tanto un elemento motivador.

En los resultados que se desprenden de los GD, son diversas las afirmaciones entorno a que los alumnos, cuando alcanzan un grado de competencia técnica y destreza suficiente, ayudan a labores diarias que debe realizar el tutor, especialmente aquellas que son de corte rutinario y que implican poco peligro para el alumno y el paciente. En este sentido, se manifiestan que los alumnos se van del servicio cuando “son útiles”, denotando de esta forma, la poca “rentabilidad” que el tutor extrae del tiempo invertido en la formación del alumno. Por ello, son recibidos con mayor “entusiasmo” aquellos alumnos que pertenecen a cursos más avanzados, (a los que se supone un mayor nivel de competencia técnica) y son reclamados aquellos alumnos que en algún momento pasaron por el servicio en años anteriores.

Y es que como veíamos en capítulos anteriores, el alumno de enfermería en formación ha sido visto tradicionalmente como “mano de obra barata”. La evidencia histórica así nos lo atestigua. Autores como Carmen Ruiz de Elvida Hidalgo, (recogido por German Bes 2013), en relación a la formación práctica de las enfermeras, afirmaba que las alumnas (femeninas) de enfermería debían realizar “... una serie de prácticas obligatorias en las que se incluían guardias nocturnas, que han supuesto una explotación confesada incluso por Organismos Oficiales de las estudiantes de enfermería como mano de obra, no ya barata, sino a la que se le exige el

pago de cantidades importantes por gastos de matrícula, derechos de prácticas,..." (German Bes, 2013, p. 223)

Tal como German Bes (2013) nos recuerda, los currículos de la formación de ATS, (vigente hasta 1977), preponderaban la formación práctica sobre la teórica, normalmente en régimen de mañana prácticas y tarde teoría. Así lo atestiguan testimonios recogidos por esta autora como éstos:

"Por la mañana prácticas y por la tarde clase, nos pasábamos la vida en el hospital. Tras las clases nos volvíamos a la planta o al servicio donde estuvieras, para el aseo de los enfermos, tomar las constantes, la medicación, las curas, que las hacíamos siempre o casi siempre, con los estudiantes de medicina"

"... empezabas a las ocho de la mañana, hasta las dos de la tarde en el hospital. Después a comer, no recuerdo bien si era a las cuatro o a las cuatro y media empezaban las clases teóricas. Cuando te tocaban las guardias de noche te ibas de ocho de la noche a ocho de la mañana al hospital..."

Si bien, podemos entender que a partir de los datos arrojados por el estudio, los profesionales se sienten motivados de una manera mayoritaria, existe un porcentaje del colectivo que no se siente así. Y es que el 21.1% de profesionales que se reconocen como Tutores activos, presentan actitudes Poco Adecuadas o Inadecuadas respecto a la Motivación. Esta situación nos invita a reflexionar sobre dos aspectos a tener en cuenta:

- Son profesionales, que se encuentran en "riesgo" de abandonar tal condición, si no son atendidas las "demandas" o valorados los motivos para el descontento o la desmotivación.

- Dado el grado de "malestar" o "discomfort" en lo que respecta a realizar la labor como tutor, ésta desmotivación puede afectar a su función como tutor, y transmitirse al proceso de aprendizaje del alumno. En este sentido autores como Álvarez (1991), Silvero (2007), entre otros argumentan que un profesor quemado manifestará desinterés por los alumnos, por la docencia, despersonalización (distanciamiento, frialdad en el trato, insensibilidad...) percepción negativa de los alumnos (indignos, desmotivantes, etc.).

No existen referentes sobre los que poder comparar la situación de "desmotivación" dada en el colectivo tutorial.

402. ANDRÉS ROJO ROJO.

Como ha quedado demostrado en las distintas intervenciones de los participantes en los GD, existen motivaciones contrarias a la asunción de alumnos por parte de los tutores. Una de los principales aspectos desmotivantes de la tutorización de alumnos, es la ya comentada sensación de abandono por parte de la entidad educativa en general y por el Tutor de Facultad en particular. Y es que aspectos como la poca implicación no ser tenidos en cuenta, etc. generan sensaciones de desmotivación.

De entre las desmotivaciones a las que tienen que hacer frente los tutores, es la sensación de sobrecarga con la que con frecuencia atienden la llegada de alumnos, en particular cuando éstos son de cursos iniciales, o carentes de competencias técnicas básicas.

Expresiones como las recogidas por distintos participantes de los G.D. así lo atestiguan. Y es que el 53.1% de los entrevistados, manifiestan que “algunas veces”, tutorizados resta tiempo de sus labores asistenciales, con lo que restan tiempo de las labores asistenciales exigidas por su puesto, generando estrés y presión asistencial. O visto de otro modo, solamente el 10.5%, manifiestan categóricamente que “nunca” repercute la labor docente sobre la asistencial; por lo que podemos inferir que cerca del 90% reconoce la existencia de esta relación, si bien el grado de relación variará entre individuos, y servicios. Es por ello por lo que merece la pena un estudio más detallado, que escapa a nuestros objetivos.

Otro de los aspectos que genera descontento y sensaciones de desmotivación, es la escasa repercusión o contraprestaciones por realizar labores docentes. Cabe señalar que tal como se desprende de los resultados de los GD, existe un desconocimiento notable de las contraprestaciones que por realizar labores tutoriales, tienen concedidas con los distintos educativos de la Comunidad Autónoma, así como del desconocimiento del funcionamiento de los distintos sistemas de recompensa y como hacer uso de los recursos a su disposición por ser tutor. Este aspecto, es un elemento más a la hora de valorar la falta de comunicación entre los actores educativos de las prácticas, en particular entre el Coordinador de Docencia del Hospital y el Tutor Asistencial. Y es que parte de las demandas que se nos expresan, ya están reconocidas en los convenios de colaboración.

Entre las demandas que se pueden considerar como factibles, y animamos a tener en cuenta, están las siguientes:

- Reconocer las horas de docencia prestadas por el Tutor, de forma que se liberara de la labor asistencial para asistir a cursos de reciclaje en la universidad. Cursos de reciclaje que podrían versar sobre temas que los tutores consideren interesante para su labor asistencial o docente. Este tipo de recompensa, a nuestro entender, puede contribuir a potenciar la relación entre tutores e instituciones educativas, haciéndolos partícipes de la misma.

Otras demandas presentes en nuestros resultados son menos apropiadas, como reclamar incentivos económicos o accesos a internet en los servicios, por no ser éstas atendidas por parte directa de las entidades educativas, sino de las entidades asistenciales (Hospitales, Servicios de Salud).

Como nos apuntan los resultados de nuestro estudio, las deficientes relaciones con los Tutores de Facultad, la sensación de desinformación y abandono por parte de éstos, la sensación de “explotación” y “hacer el trabajo del otro”, relacionada con la percepción de nula recompensa, los conflictos con los alumnos, la percepción de baja preparación y desinterés mostrada por los alumnos durante el periodo de prácticas, la sobre carga de trabajo que en ocasiones genera la tutorización de alumnos, son factores a tener en cuenta en futuros estudios, en post de detectar las causas de la “desmotivación del tutor” y (dado que el único requisito es la voluntariedad y el deseo de participar en la formación de alumnos), con ello no perder tutores para el futuro próximo y fidelizar a los que se mantienen en niveles óptimos de motivación.

9.8. VALORAR LA VISIÓN DEL TUTOR DEL PROCESO DE PRACTICUM DE ENFERMERÍA.

Tal y como veíamos en el capítulos precedentes, en el Practicum inciden distintos aspectos a tener en cuenta para su éxito como experiencia formativa. De entre éstos aspectos, destacan un Entorno Clínico Adecuado, y los Aspectos Organizativos del mismo.

A este respecto, distintas categorías y variables, han atendido estos menesteres tanto en el cuestionario como en los grupos de discusión, llegando a conclusiones similares con ambos instrumentos.

404. ANDRÉS ROJO ROJO.

No obstante merece la pena realizar una valoración más detallada de los resultados encontrados.

Tal y como veíamos en los resultados tanto de los Grupos de Discusión, como de los Cuestionarios (88.5% de respuestas positivas), los tutores consideran que sus entornos son adecuados para realizar prácticas clínicas. Ahora bien, merece la pena atender al matiz que nos aporta los resultados de los Grupos de Discusión, donde como veíamos, lo que consideran los Tutores, en relación a que es un Entorno Clínico Adecuado para la formación práctica dista de lo que la bibliografía y el marco teórico así nos muestra; pues de las palabras de los tutores, se desprende que un entorno clínico adecuado es aquel en el que se tiene un contacto con el paciente y la familia, pudiendo poner en juego las habilidades como enfermero asistencial propiamente dichas.

Esta imagen de ECA coincide con las demandas de los alumnos, y el imaginario social de lo que es ser una enfermera: aplicar cuidados, curas, técnicas, etc. Por tanto un ECA es aquel en que se desarrollan estos mismos aspectos.

A este respecto, la bibliografía nos indica que un “Buen Entorno Educativo”, es más que un lugar donde poder enseñar-aprender técnicas y cuidados de enfermería. Por el contrario, en ECA tiene en cuenta el entorno social, el interés por la formación del estudiante por parte de los profesionales de enfermería, la buena comunicación y la preparación de las enfermeras para asumir el aprendizaje del estudiante, y no tanto la actividad asistencial llevada a cabo en él. (Zapico Yanez, Blanco Sánchez, Consul Giribert y Juanola Pages, 1997; Chang y cols, 2002)

Otros autores (Royal College of Midwives, 2008), apuntan en la misma dirección, al considerar que aspectos como el sentimiento de pertenencia, y la oportunidad de establecer relaciones de aprendizaje con profesionales experimentados y motivados, y lugares donde se realizan cuidados de calidad basados en la evidencia, son considerados por los alumnos como buenos Entornos Clínicos de Aprendizaje.

Estas ideas en relación a lo que los tutores consideran un buen ECA, podría estar influidos por la historia formativa de los mismos, ya que la formación en Enfermería Académica y en la formación práctica de calidad, debía preparar al alumno para desenvolverse de forma adecuada en el contexto clínico, como

enfermera asistencial, de manera que todo entorno clínico es adecuado para el aprendizaje, siempre y cuando se pudieran aplicar técnicas y cuidados de enfermería.

Lo que parece claro, es que lo que configura un entorno adecuado para la formación práctica es la motivación docente y la posibilidad de establecimiento de relaciones adecuadas entre tutores y profesionales que en ellas trabajan. Este hecho, posiciona al tutor y la relación que establece con el alumno, en el elemento clave a la hora de determinar si el entorno es adecuado para la formación práctica y no tanto la actividad de enfermería que en ella se desarrolla. Por ello, cualquier lugar es adecuado para desarrollar prácticas clínicas, independientemente de la labor que se desarrolle en él, siempre y cuando el tutor, tenga voluntad de enseñar al alumno su labor como enfermero en ese contexto.

No obstante, para asegurar estas conclusiones, deberíamos explorar específicamente los distintos aspectos conceptuales que componen el ECA, pues lo comentado atiende a suposiciones e interpretaciones del investigador, más que a hechos probados.

En lo que respecta a la valoración de los aspectos Organizativos de la Formación Práctica de los alumnos, los datos encontrados tanto por el instrumento cualitativo (Grupos de Discusión), como por el instrumento cuantitativo (Cuestionario), son coincidentes en sus hallazgos, pues en ambos apuntan a que, si bien, un porcentaje elevado (63%) manifiestan actitudes positivas hacia los aspectos organizativos (horarios, estancia en los servicios, etc.) son adecuados, existen voces discordantes en lo que respecta a la estancia de los alumnos, en particular en lo que respecta a los horarios y a los desplazamientos que se ven obligados a realizar en ocasiones.

9.9. IDENTIFICAR AL TUTOR COMO ELEMENTO EVALUADOR DE LOS ALUMNOS DEL PRACTICUM DE ENFERMERÍA.

En el propio rol docente, se considera intrínseco, la evaluación del proceso de aprendizaje seguido por el alumno. No se concibe la función docente, sin la evaluación, en cualquiera de sus variantes.

406. ANDRÉS ROJO ROJO.

El rol como evaluador propio a la función docente como tutor, está reconocido por la práctica totalidad de los autores y textos sobre tutorización de alumnos en formación práctica. Así pues es común encontrar referencias a esta función necesaria de realizar por parte del tutor, en los documentos docentes o que sirven de guía a los tutores. Así pues,

“Se encargará de la evaluación formativa continua del estudiante, cumplimentación de hoja de evaluación por competencias, consensuando criterios con todos los profesionales de la unidad con los que haya colaborado el estudiante durante su rotación práctica: auxiliares de enfermería, celadores, supervisora de la unidad...” (Guía del Tutor de Prácticas Tuteladas. Grado en Enfermería. Universidad de Nebrija, 2013, p 10.)

Textos como este aparecen en aquellos manuales destinados a la orientación práctica de la función como tutor.

Con frecuencia, la función de evaluación exige que el tutor, conozca, maneje y sea participe activo de distintos documentos creados a tal efecto. Y es que el desarrollo de las prácticas clínicas en enfermería ha contado con distintos modelos de documentación para el seguimiento y evaluación de los estudiantes: portafolios, Cuadernos de Prácticas, etc. Parte de ellos tiene la característica de la necesaria participación del tutor en la valoración del proceso de aprendizaje seguido por el alumno. Documentos que tienen un carácter evaluador de competencias y habilidades adquiridas durante el proceso de prácticas, y con peso relativo sobre la calificación del alumno en la materia. Este documento, sirve igualmente de nexo de unión entre la universidad y el tutor, al poder expresar en él, la valoración subjetiva que el tutor hace del alumno.

Pese a la realidad que supone la función evaluativa dentro del rol como tutor, en nuestro estudio se denota un claro desinterés por ésta función; pues si se tiene asumido aspectos puramente docentes como el acompañamiento, la vigilancia, la resolución de dudas, otros como la función evaluadora, no son compartidos por una parte importante de los profesionales asistenciales que realizan su labor como tutor de enfermería.

En este aspecto encontramos divergencia en las respuestas dadas; pues si atendemos a los datos cuantitativos, una parte importante 56.1% de los entrevistados (68.8% de los Tutores), afirman siempre participar en la evaluación

de los alumnos, los testimonios recogidos en los GD nos afirman lo contrario; los participantes no la asumen como una función propia, entre otros motivos por carecer de información sobre objetivos y actividades a evaluar. Esta función la atribuyen al Tutor de la Facultad, más que a ellos. Igualmente existen sentimientos de menosprecio a su labor evaluativa, puesto que los documentos facilitados para ello, no recogen la posibilidad de valoración del proceso de aprendizaje y el progreso del alumno en los distintos aspectos que tienen que realizar. Con frecuencia se limitan a valorar aspectos como la “puntualidad”, el “comportamiento” del alumno, la “uniformidad”, etc. y poder emitir juicios subjetivos sobre éste alumno en particular.

Otro aspecto que disgusta al tutor, es la escasa relevancia que se hace de su “informe”, dado que con frecuencia, éste es atendido con porcentajes discretos en el peso de la evaluación del alumno, puesto que se concede mayor relevancia a documentos como el Cuaderno de Prácticas, la realización del Plan de Cuidados, o el Portafolio del alumno. De esta forma la valoración del tutor, juega un mero rol informativo, y no tanto evaluativo.

Entendemos los datos obtenidos como congruentes, aunque preocupantes; congruentes en el sentido de que los tutores, pese al malestar que les es generado por participar en esta función, o el menosprecio sentido en ella por parte de los docentes de la universidad, complimentan los documentos que les son entregados por los alumnos, emitiendo los informes que les son requeridos.

CAPITULO X. CONCLUSIONES

CAPITULO 10. CONCLUSIONES.

Las conclusiones derivadas de esta investigación y que serán expuestas a continuación, sólo pueden comprenderse en el marco del contexto sociológico y asistencial donde ha tenido lugar.

No obstante, teniendo en cuenta la homogeneidad del contexto socio-profesional de la Enfermería pueden ser válidas para otros contextos de ámbito nacional.

Seguidamente y, teniendo como referencia los objetivos planteados, paso a enumerar las conclusiones que emergen de este trabajo de tesis:

a) **Determinar las características de los profesionales de enfermería que ejercen su labor como tutor pregrado en el Practicum de Enfermería.**

Son potencialmente Tutores de alumnos de enfermería, todos los profesionales que desarrollan su labor en centros asistenciales. Por este motivo, las características demográficas de la población de tutores, son las mismas que las de los profesionales que componen la plantilla asistencial de los servicios hospitalarios, a saber, mayoritariamente mujeres, con una experiencia laboral de 16 años de media, una estancia en el servicio de 7 años, con una elevada estabilidad en el puesto laboral.

Todos los Tutores, lo realizan bajo un alto componente de voluntariedad y responsabilidad para con el alumno.

Con todo ello, más de un tercio de los profesionales asistenciales, ya no quieren ser tutores asistenciales, habiendo sido en gran medida tutores previamente. Estos Tutores perdidos por el camino, supone un problema, pues ante la demanda de formación de enfermeras, perder tutores potenciales aboca a un aumento de la presión sobre los existentes, que condicionará aún más a situaciones de "burn out" y abandono de los tutores.

Ante esta falta de Tutores, con frecuencia se recurre a personas que o bien no tienen experiencia suficiente para influir de forma adecuada en la formación de alumnos, o se opta por declinar la formación de alumnos en personas que han

expresado de forma fehaciente su deseo de no ser tutor, o no han dado su consentimiento expreso para serlo.

b) Identificar la relación existente entre el tutor y los demás actores participantes en el proceso de Practicum.

La relación establecida entre los actores del Practicum de Enfermería, se concreta en la clásica relación entre los Alumnos, los Tutores Asistenciales, los Tutores de la Facultad, emergiendo como una figura clave en el proceso el Supervisor de la unidad asistencial como relevante en todo el proceso de formación práctica de los alumnos de enfermería.

Así pues, la relación en la cual se basa el proceso de enseñanza-aprendizaje en el contexto clínico, es la establecida entre Alumno y Tutor Asistencial. Esta relación puede ser calificada como “personal” y “de compañerismo”, más que una marcada relación docente-discente. Igualmente podemos calificar esta relación, como adecuada si atendemos a los criterios comunicativos (feed-back) y de empatía del tutor para con el alumno.

Con frecuencia, estas relaciones entre tutor y alumno, son vistas por los Tutores Asistenciales con cierto grado de “incertidumbre”, pues rasgos de personalidad “incompatibles” entre tutor y alumno, contribuye a que ésta relación pueda ser conflictiva. El proceso de asignación “al azar”, llevado a cabo por los responsables de la formación práctica (Supervisores de la Unidad y/o Tutor de la Facultad) de alumno al tutor, contribuyen a esta situación.

Con respecto a la relación que se establece entre Tutor Asistencial y Tutor de Facultad, ésta es claramente mejorable, existiendo desde los Tutores Asistenciales la impresión generalizada de alejamiento o abandono por parte del Tutor de la Facultad, independientemente de la Universidad de procedencia. Esta relación inadecuada es contraproducente para el proceso de enseñanza práctica del alumno, puesto que hace que los Tutores Asistenciales no sean conscientes de los objetivos, metodologías, aspectos evaluativos y aquellas incidencias surgidas en el proceso de formación práctica.

Otra relación destacable, mostrada en el estudio, es la establecida entre el Supervisor de la unidad y el Tutor Asistencial, dado que el primero es quien selecciona a los tutores, y con frecuencia empareja a los alumnos y los tutores. Este rol de gestor del Supervisor de la unidad, se debe tener en cuenta a la hora

de atender una relación práctica de calidad, evitando comportamientos no adecuados al proceso de formación práctica (asignación de alumnos a tutores que no desean serlo) y potenciando aquellos aspectos positivos (rotaciones tutoriales).

Como un aspecto a destacar, es el empeoramiento en la calidad de las relaciones establecidas por el grupo de aquellos profesionales que expresan su deseo de ser tutor, y aquellos que realizan labores tutoriales sin desearlo de una forma expresa o incluso no desearlo, particularmente con los alumnos.

c) Describir los patrones de enseñanza usados por los tutores del Practicum de Enfermería.

Los patrones de enseñanza que muestran los Tutores, se basan prácticamente de una forma exclusiva en las experiencias vividas con anterioridad tanto en su papel como alumno y sus experiencias previas como tutor. Esta “huella tutorial”, junto con las creencias respecto al proceso de formación práctica del Tutor, condicionan al rol docente del Tutor. La escasa relación con los Tutores de Facultad, así como el desconocimiento de la existencia de documentos de apoyo como el Dossier de Prácticas, contribuye a esta situación.

Situaciones del pasado como la idea de la formación práctica como una “formación para el puesto de trabajo”, se encuentran integradas en el pensamiento colectivo de los profesionales, de forma que reproducen estos modelos.

En base a estas situaciones, los Tutores, manifiestan comportarse de una forma jerárquica respecto a la posición de poder del conocimiento, respondiendo a patrones del tipo observación-demostración-imitación del alumno para con el tutor.

De una forma más concreta, el comportamiento como docente, por parte del Tutor, se caracteriza por desconocer los Objetivos que desde los ámbitos educativos, se plantean para los alumnos en formación práctica; no establecer un Plan de Prácticas con los alumnos, donde se concreten los objetivos y el tiempo a las posibilidades reales de la unidad asistencial donde se encuentran; los Tutores tienden a realizar una “tutorización defensiva”, donde se priva al alumno de autonomía en aquellas tareas que el tutor considera peligrosas o de riesgo para el paciente; de esta forma el alumno se limita a realizar acciones rutinarias.

414. ANDRÉS ROJO ROJO.

El Tutor Asistencial, justifica este comportamiento sobre la base de la Vigilancia del alumno y Seguridad del paciente; sin embargo, subyace un sentimiento de autoprotección, ante posibles daños al paciente y las consecuencias legales que se derivaran de ellos. De esta forma el error, es visto como un evento negativo y no un evento del que poder extraer un aprendizaje; por ello se debe evitar cualquier posibilidad de error, y la presencia del mismo, supone una sanción para con el alumno, a través de pérdida de confianza, disminución de la autonomía, y malas calificaciones.

d) Evaluar el grado de formación en técnicas docentes de los tutores del Practicum de Enfermería.

El grado de formación en técnicas docentes y comunicativas del que disponen los Tutores asistenciales, podemos calificarlo como “escaso”. Tal como muestra la investigación realizada, la formación de Tutores es posible y las experiencias al respecto han sido valoradas como positivas tanto por los Tutores, como por los organizadores de los mismos.

e) Determinar las impresiones y creencias acerca del proceso de formación práctica de los alumnos de enfermería.

Los Tutores reproducen los modelos de pensamiento derivados de la Racionalidad Técnica, donde la teoría dirige a la práctica. A partir de ésta idea, se desarrollan consecuencias como considerar que para hacer prácticas de una forma adecuada, los alumnos deben de llegar con una adecuada formación teórica previa; el profesional es quien posee el conocimiento y el alumno debe imitar dicho comportamiento; la formación práctica del alumno, se orienta a una formación para el puesto de trabajo.

f) Describir los elementos de motivación de los tutores del Practicum de Enfermería.

Con los datos obtenidos en nuestra investigación podemos concluir que la mayoría de los profesionales se siente, pese a todo, satisfechos y motivados para la realización de la función tutorial, en un grado bastante adecuado. Sin embargo, un cuarto de los tutores manifiestan una actitud que podemos calificar como poco adecuada. Estos profesionales, con escasa motivación deben ser objeto de atención

por parte de los organismos gestores, dado que se corre un serio riesgo de perderlos como agentes formadores, lo que agravaría la situación de oferta-demanda de tutores en formación práctica.

Respecto a los factores que mueven a los tutores, destacan entre las motivaciones intrínsecas destaca los aspectos emocionales derivados de la docencia; estos sentimientos se traducen en una sensación de bienestar, denominado por ellos mismos como “gusto por la docencia”.

Entre las motivaciones extrínsecas, destacan las contraprestaciones ofrecidas por las distintas universidades (aunque éstas con frecuencia son desconocidas por los propios tutores) así como la ayuda física que proporciona a las labores asistenciales, contar con un “aprendiz” entrenado que realiza parte de las tareas, con frecuencia las más tediosas para el profesional de enfermería.

Entre los aspectos que más desmotivan a los tutores, destacan la ya comentada sensación de abandono por parte de las entidades educativas, la consideración de insuficiente de las contraprestaciones dadas por las universidades, la percepción de la presencia de un alumno como una carga de trabajo extra que entorpece la labor asistencial, la sensación de masificación de la formación en enfermería y la sobreexplotación profesional, son los aspectos más destacados como desmotivantes a la hora de afrontar la formación práctica de los alumnos de enfermería.

g) Valorar la visión del tutor del proceso de Practicum de Enfermería.

En lo que respecta al proceso de formación práctica, los tutores consideran que sus unidades son apropiadas para desarrollar acciones formativas. Igualmente consideran como Entornos de Aprendizaje Clínico adecuados, aquellos que poseen un marcado carácter asistencial, donde entre en contacto directo el alumno con el paciente y la familia y con las labores asistenciales, frente a la idea de Entorno de Aprendizaje Adecuado, como aquel en el que se establecen unas relaciones docentes y un clima formativo adecuado.

Esta consideración negativa de los tutores hacia unidades con poco peso asistencial, se hace extensible igualmente a aquellos horarios o jornadas de trabajo, en los que las labores asistenciales son menores a lo normal (como turnos de noche o jornadas festivas), siendo consideradas como no apropiadas para aprender, por parte de los tutores.

h) Describir al tutor como elemento evaluador de los alumnos del Practicum de Enfermería.

Los tutores asumen la labor como evaluador del alumno en formación práctica, de manera que participan de forma activa en el proceso de evaluación. Sin embargo, con frecuencia esta evaluación es llevada a cabo por criterios basados en la subjetividad y las relaciones personales entre tutor y alumno, que en el cumplimiento de los objetivos docentes planificados por las entidades educativas. Del mismo modo, los tutores consideran que los aspectos sobre los que se reclama su evaluación, son con frecuencia poco concretos y no expresan la verdadero proceso de aprendizaje del alumno.

Con todo ello, como conclusión final de este trabajo, podemos decir, que la labor del tutor asistencial, en el contexto hospitalario perteneciente a servicios de hospitalización y cirugía, se encuentra en serio riesgo ante los crecientes requerimientos hacia los mismos (aumento del número de profesionales en formación), un número cada vez menor de profesionales dispuestos a ser tutores la sensación de desencanto y desencuentro con los ámbitos educativos, (especialmente con los Tutores de Facultad), desconocimiento de los objetivos docentes y evaluativos, comportamientos docentes poco apropiados desde los cánones de la Formación Práctica y la Práctica Reflexiva.

Por todo lo visto, consideramos que debe ser atendido desde estrategias que fidelicen a los Tutores existentes, re-capten a los que actualmente muestran descontento o desmotivación hacia la labor tutorial, a través de iniciativas tales como:

- Formación específica en materia de tutorización, especialmente en el carácter formativo de la reflexión-acción y el aprendizaje en la acción; planteamientos alejados todos ellos, de la observación-imitación-demostración de forma irreflexiva.
- Establecimiento de criterios de selección de tutores, acorde con estándares de calidad reconocidos, tales como experiencia mínima, formación acreditada en materia docente y comunicativa.

- Implicar el tutor en el proceso de evaluación del alumno, mediante instrumentos que plasmen los aspectos fehacientes del aprendizaje del alumno.
- Recompensas acorde a las demandas de los tutores, especialmente en forma de cursos de formación y reciclaje atractivos a los tutores.
- Establecimientos de políticas de rotación tutorial, y descanso.
- Establecimiento y fortalecimiento de las relaciones entre los Tutores Asistenciales y los Tutores de la Facultad, de una forma directa, no tanto a través de terceras personas como los Supervisores de las unidades.
- Asignar alumnos a profesionales que cumplan criterios de selección determinados, de manera que no sean responsables de la formación de alumnos profesionales poco motivados, o con escasa preparación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADCROFT, A. (2011) *The Mithology of Feedback*. Online. Disponible en: <http://epubs.surrey.ac.uk/146732/3/Feedback%20-%20HERD%20Author.pdf>. Consultado el 25 de abril de 2015.
- AGUILAR BAROJAS, S (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Revista Salud en Tabasco*. 11 (1-2), 333-338.
- ALBALADEJO, R., VILLANUEVA, R., ORTEGA, P., ASTASIO, P., CALLE, ME., DOMINGUEZ, V. (2004) Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*. (78), 505-16.
- ALBERDI CASTELL, R.M. (1999). Los contextos conceptuales históricos: una propuesta de análisis de la evolución de la profesión enfermera desde los orígenes hasta el siglo XXI. *Hiades: revista de historia de enfermería*. (5-6), 63-74.
- ALEXANDER M; CAROL F. DURHAM; JANICE I. HOOPER; PAMELA R. JEFFRIES; NATHAN GOLDMAN; SUZAN KARDONG-EDGREN; KAREN S. KESTEN, NANCY SPECTOR; ELAINE TAGLIARENIRADTKE BETH; AND CRYSTAL TILLMAN. (2015) Simulation Guidelines for Prelicensure Nursing Programs. *Journal of Nursing Regulation. NCSBN*. 6 (3), 39-42.
- ALMANSA MARTINEZ, P. (2005) La Formación Enfermera desde la Sección Femenina. *Revista Enfermería Global*. (7). Disponible en <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/484>. Consultado el 25 de abril de 2014.
- ÁLVAREZ GALLEGO, E. Y FERNÁNDEZ RÍOS, L. (1991). El síndrome de burnout o el desgaste profesional (I): Revisión de estudios. *Revista Española de Neuropsiquiatría*. (11), 257-265
- ÁLVAREZ SÁNCHEZ, J.A., VICENT GARCÍA, M.D., SALAMANCA ESCOBEDO, J.M., PÉREZ IGLESIAS, F., CARRASCO ASENJO, M. El tutor y la tutoría en el proceso de formación de especialistas sanitarios en la Comunidad de Madrid. Análisis e interpretación mediante grupos focales. *Educación Médica*, 6 (2), p 100-111.
- ANDERSON, G. BOULD, D., SAMPSON, J (1996). *Learning contracts. A practical guide*. Londres. Kogan Page.
- ANDRES, M.P. (2001) *Gestión de la formación en la empresa*. Ediciones Pirámide. Madrid.
- ANTANCE, J.C. (1997). Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*. 71 (3), 293-303.
- ANTOLÍN RODRÍGUEZ R, PURIALTO DURÁN MJ, MOURE FERNÁNDEZ ML, QUINTEIRO ANTOLÍN T. (2007) Situaciones de las prácticas clínicas que

422. ANDRÉS ROJO ROJO.

provocan estrés en los estudiantes de enfermería. *Enferm. Global*, 6. (10). Disponible en <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/264>. Consultado el 30 de mayo de 2014.

- ARANCIBIA, V.C., HERRERA, P., STRASSER, K. (2008) *Manual de Psicología Educativa*. 6ª Ed. Santiago de Chile. Pontificia Universidad de Católica de Chile.
- ARIAS VALENCIA, M.M. (2000) La Triangulación Metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Revista de Investigación y Educación en Enfermería*, 18(1).
- BADIA, A., MONEREO, C (2011) El profesor universitario: identidad profesional, concepciones y sentimientos sobre enseñanza. En *VI Congreso Internacional de Psicología y Educación*. Valladolid. Asociación Nacional de Psicología y Educación.
- BAILEY, M.E., DYMPNA, T (2009). Student nurses' experiences of using a learning contract as a method of assessment. *Nurse Education Today*, 29(7), 758-762.
- BANCH, WT., PARANJAPE, A. (2002). Feedback and reflection: teaching methods for clinical seating. *Academical Medicine*. 77(12) 1185-8.
- BARCENA, F. (2005). *La experiencia reflexiva en educación*. Barcelona. Paidós Iberica. S.A.
- BARDALLO PORRAS, M.D.(2010) *Entre la Enseñanza y el Aprendizaje. Un Espacio de Saberes para compartir*. Tesis Doctoral. Departamento de Investigación en Didáctica, Formación y Evaluación. Facultad de Pedagogía. Universidad de Barcelona.
- BARÓN, R.A. (2005). *Psicología Social*, 10ª ed., Madrid, Pearson Educación
- BAS PEÑA, E. (2005). El Practicum en las titulaciones de Pedagogía y Educación Social; entre el discurso y sus prácticas. *Educatio. Revista de Educación Superior*. (23). Disponible en revistas.um.es/educatio/article/download/120/104. Consultado el 28 de junio de 2014.
- BAS PEÑA, E. (2009). El Practicum en la titulación de Pedagogía. Discurso y práctica profesional. *SIPS. Pedagogía Social*. Nº 14. P 139-155.
- BAZ TELLEZ, M. (1994) *Análisis del Discurso Grupal. Una propuesta desde la psicología social*. En Fernández Muñoz, B.E. *II Foro Departamental de Educación y Comunicación*. México DF. UAM-X Departamento de Educación y Comunicación.

- BEAUCHAMP, L., CHILDRESS, J.F. (1999) *Principios de ética biomédica*. Barcelona. Masson.
- BECA, J.P., BROWNE, L., VALDEBENITO, C., BATASZEW, V., MARTÍNEZ., M.J. (2006). Relación estudiante-enfermo: visión del paciente. *Revista Médica de Chile*. 134; 955-9.
- BELTRÁN, J., VÁSQUEZ, F. Y IRIGOYEN, J. (1997). Métodos cuantitativos y cualitativos: ¿alternativa metodológica?. *Revista Psicología y Salud*. Internet.
- BENNER P (1984). *From novice to expert: power and excellence in nursing practice*. Palo Alto (CA): Addison-Wesley.
- BENNER P, TANNER C, CHESLA C. (1996) *Expertise in nursing practice*. Ed. Springer. NY.
- BERMAN, W. (2006) When will they ever learn? Learning and Teaching from Mistakes in the clinical context. *Clinical Law Review*. On line. Disponible en <http://ssrn.com/abstract=874070>. Consultado el 30 de enero de 2015.
- BILTRAN, M., ZUÑIGA, D., LEIVA, I., CALDERON, M., ALEMKA, T., PADILLA, O., RIQUELME, A. (2014) ¿Cómo aprenden los estudiantes de medicina en la transición hacia el ciclo clínico?. Estudio cualitativo de las percepciones de estudiantes y docentes acerca del aprendizaje inicial de la clínica. *Revista Médica de Chile*, 142 (6), 723-31.
- BITRÁN, M., BELTRÁN, M., RIQUELME, A., PADILLA O., SÁNCHEZ, I., MORENO, R. (2010) Desarrollo y Validación de un instrumento en Español para evaluar el desempeño de docentes clínicos a través de las percepciones de sus estudiantes. *Rev Med Chile*. 138(4), 685-93.
- BITTNER, N.P., O'CONNOR, M. (2012). Focus on retention: Identifying barriers to nurse faculty satisfaction. *Nursing Education Perspectives*, 33(4), 251-4.
- BLASCO LOPEZ, F.M. (2000) *Aprendizaje en el Márqueting. El juego de simulación como forma de aprendizaje en el márquetin*. Tesis Doctoral. Departamento de Comercialización e Investigación de Mercados. Universidad Complutense de Madrid.
- BOERBOOM, T.B., MAINHARD, T., DOLMANS, D.H., SCHERPBIER, A.J., VAN BEUKELEN, P., JAARSMA, A. (2012) Evaluating clinical teachers with the Maastrich Clinical Teaching Questionnaire: how much "teacher" is in student ratings?. *Medical Teacher*. 34, (4), 320-6.
- BORG, S. (2003) Teacher cognition in language teaching: A review of research on what languages teachers think, know, believe and do. *Language Teaching*, 32 (2), 81-109.

424. ANDRÉS ROJO ROJO.

- BORRELL CARRIÓ, F. (2006) Ética de la seguridad clínica. Contribuciones desde la práctica médica. *Medicina Clínica*. 129 (5), 176-83.
- BOUD, D., MOLLOY, E. (2013) *Feedback in Higher and Professional Education*. NY. Routledge.
- BOWEN, D (1985), Were men meant to mentor women? *Training and Development Journal*, 39 (1) 30-34
- BROCKBANCK, A., MCGILL, I. (1998) *Facilitating Reflective Learning in Higher Education*. Philadelphia. USA. Ed ERIC
- BROOKFIELD, S.D. (1983). *Adult Learning, Adult Education and the Community*: Milton Keynes Open University Press
- BUELL, C. *Cognitivism*. Consultado el 10 de Diciembre, 2014 de <http://web.cocc.edu/cbuell/theories/cognitivism.htm>.
- BUNK, GP (1994) La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento profesionales en la República Federal Alemana. *Revista Europea de Formación Profesional, CEDEFOP*, 1, 8-14
- BUSEN, N. y ENGBRETSON, J. (1999). Tutoría en la práctica avanzada de Enfermería: el uso de la metáfora en concepto de exploración. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 2(2)
- CALLEJO J (2001) *El Grupo de Discusión: Introducción a una práctica de investigación*. Barcelona. Ed Ariel.
- CAMAÑO PUIG, R., FORERO RINCON, O. (1999) Escuelas de Enfermería: de la escasez a la abundancia. Su evolución histórica. (1857-1977). *Hiades, Revista de Historia de Enfermería*. (5-6), 155-168
- CÁMERE, E. (2009). La relación profesor-alumno en el aula. *EntreEducadores*. On line. entreducadores.com/2009/08/.../la-relacion-profesor-alumno-en-el-aula/. Consultado el 15 de febrero de 2015.
- CAMERON, R (2009) The use of mixed methods research in VET research'. Proceedings of aligning participants policy and pedagogy: traction and tension in VET research. 12th AVETRA Annual Conference, Sydney, NSW, 15-17 Apri, AVETRA, Crows Nest, NSW. On line. Disponible en http://epubs.scu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1158&context=comm_pubs. Consultado el 15 de enero de 2015.
- CAMPS, A (2002). *El aula como espacio de investigación y reflexión. Investigaciones en didáctica de la lengua*. Ed Grao. Barcelona.

- CANO, E. (2005). *El portafolio del profesorado universitario. Un instrumento para la evaluación y para el desarrollo profesional*. Barcelona. Fundación Universitaria Octaedro /ICE.
- CARIDE, J.A. (1999) *El Practicum como formación en contextos*. En F. Esteban y R Calvo. *El Practicum en la formación de educadores sociales*. Pp 223-251. Burgos: Universidad de Burgos/ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- CARR, R. (1999) *Alcanzando el futuro: el papel de la mentoría ante el nuevo milenio*. Documento disponible en <http://www.mentors.ca>. Consultado el 25 de mayo de 2014.
- CARR, W. Y KEMMIS, S. (1988). *Teoría crítica de la enseñanza. La investigación-acción en la formación del profesorado*. Barcelona. Ed. Martínez Roca.
- CASTILLO PARRA, S., MEDINA MOYA, J.L. (2006) La enseñanza de la Enfermería como práctica reflexiva. *Texto y contexto Enfermagem*. abril-junio; 15 (2), 303-311.
- CASTILO PARRA, S. y VESSONI GUIOTI, R.D. (2007) La relación tutor-estudiante en las prácticas clínicas y su influencia en el proceso formativo del estudiante de Enfermería. *Educare21*, (38). Disponible en http://preview.enfermeria21.com/educare/secciones/ensenyando/detalle_index.php?Mg%3D%3D&MTM1&MjU%3D&MjE3OQ%3D%3D. Consultado el 15 de mayo de 2013.
- CASTILLO PARRA, S. (2013) *Práctica Pedagógica de los formadores expertos en la formación clínica de estudiantes de enfermería*. Tesis Doctoral. Facultad de Educación. Universidad de Barcelona.
- CEA D'ANCONA (1998). *Metodología cuantitativa. Estrategias y Técnicas de Investigación*. Madrid. Ed Síntesis.
- CECCARELLI, J.F. (2014) Feedback en Educación Clínica. *Revista de Estomatología Herediana*. 24 (2): 127-132. On line www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/. Consultado el 15 de enero de 2015.
- CID SABUCEDO, A., PÉREZ ABELLÁS, A., SARMIENTO CAMPOS, J.A. (2011) La tutoría en el Practicum. Revisión de la literatura. *Revista de Educación*, 354. Enero-Abril., 127-154
- CLYNES, MP., RAFTEY, SE. (2008) Feedback: an essential element of student learning in clinical practice. *Nurse Education Practice*, 8 (6), 405-11
- COBO CUENCA AI, CARBONELL GÓMEZ DE ZAMORA R, RODRÍGUEZ AGUILERA C, VIVO ORTEGA I, CASTELLANOS RAINERO RM,

426. ANDRÉS ROJO ROJO.

- SÁNCHEZ DONAIRE A.(2010) Estresares y ansiedad de los estudiantes de enfermería en sus primeras prácticas clínicas. *NURE*. 7 (49), 1-13
- COBO, C., MORAVEC, J.W. (2011). *Aprendizaje Invisible. Hacia una nueva ecología de la educación*. Universidad Internacional Andaluza
- CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA. (1989) Organización Colegial de Enfermería
- COHEN, N. AND GALBRAITH, M. (1995). Mentoring in the Learning Society. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 66, 5-14. S. Francisco: Jossey Bass inc. Publishers. Online. Consultado el 18 de enero de 2014
- COKE, F., GALASKO, G., RAMRAKHA, V., RICHARDS, D., ROSE, A., WATKINS, J. (1996) Medical students in general practice: How do patients feel?. *British Journal of General Practice*. 46, 361-2
- COLÁS, M., BUENDÍA, L. (1992). *Investigación Educativa*. Sevilla. Ed ALFAR
- COLEMAN, K., MURRAY, E. (2002) Patient' view and feeling on the comunity-based teaching of undergraduate medical students: a qualitative study. *Family Practice International Journal*., 9 (2), 183-8.
- COLLIÈRE, M.F. (1993). *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: Interamericana-McGraw Hill.
- COLTHART, I., BAGNALL, G., EVANS, A., ALLBUTT, H., HAIG, A., ILLING, J., ET AL. (2008). The effectiveness of self assessment on the identification of learner needs, learner activity, and impact on clinical practice. *Medical Teacher*, 30(2), 124-145.
- CONTRERAS DOMINGO, J. (1994) *Enseñanza, Curriculum y profesorado. Introducción crítica a la didáctica*. 2º ed. Madrid. Ed Akal.
- CONTRERAS, F. (2006). *Estudio crítico de la razón instrumental totalitaria en Adorno y Horkheimer*. I.C. nº 3. P. 63-83. On line. Disponible en <https://ipena44.files.wordpress.com/2013/02/1265038479-2contreras.pdf>. Consultado el 15 de diciembre de 2014.
- Convenio de colaboración entre el Servicio Murciano de Salud y la Universidad de Murcia por el que se regula la utilización de los centros sanitarios dependientes del Servicio Murciano de Salud en la formación de los alumnos que cursen titulaciones sanitarias y el desarrollo de la investigación en el ámbito de las ciencias de la salud*. BORM miércoles 3 de febrero de 2012. Pp 4975 y ss.
- COOK, T, Y REICHARDT, CH. (1995). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid. Ed Morata.

- COPELAND, H.L., HEWSON, M.G. (2000). Developing and testing an instrument to measure the effectiveness of clinical teaching in an academic medical center. *Academatical Medicine*. 75 (2), 161-6.
- CORRAL, Y. Validez y Confiabilidad de los instrumentos de la investigación para la recolección de datos. *Revista de Ciencias de la Educación*. 19, (33), 228-47.
- COVARRUBIAS PAPAHIU, P. Y PIÑA ROBLEDO, M. M. (2004). La interacción maestro-alumno y su relación con el aprendizaje, *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 34(1), 47-84.
- COX, K.(1993) Planning bedside teaching, 1: Overview (Review) *Medical Journal of Australia*, 158 (4), 280-2.
- CROSBY, A. (2003) *A Critical Look: The Philosophical Foundations of Experiential Learning*. En WARREN, K., SAKOFS, M. Y HUNT, J. *The Theory of Experiential Education*. Asociation for Experiential Education, Kendall/Hunt Editores. Pp. 105-112
- CUNNINGHAM (1991), en Gros Salvat, B. (2002) pag 229.
- DAROS, W.R. (1992) *Teoría del Aprendizaje Reflexivo*. Buenos Aires. Ed RICE
- DARRECHE URRUTXI, L., ORDEÑANA GARCIA, M.B. BELOKI ARIZTI, N. (2011) La potencialidad del Practicum en el desarrollo profesional de los educadores sociales: una llamada a su revalorización. *Revista de Educación Social*. (13), 55-59.
- DAY, C. (2006) *Pasión por enseñar. La identidad personal y profesional del docente y sus valores*. Ed Narcea. Madrid.
- De VICENTE, P.S. (2006). Formación práctica del estudiante universitario y deontología profesional. *Revista de Educación*, (339), 711-744.
- Del CURA RODRÍGUEZ JL. (2011) El papel de los tutores en la formación de los residentes. *Perspectivas de futuro. Rev Radiología*, 53 (1), 61-6.
- Del RINCON, D., ARNAL, J., LATORRE, A., SANS, A. (1995) *Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales*. Madrid. Ed Dykinson.
- DELORS, J. (1996) *Los cuatro pilares de la educación*. En *La Educación Encierra un Tesoro*. Informe UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI. Madrid. Santillana.
- DENNETT, D.C. (1995) *How to make mistake*. En BROCKMAN, J., MATSON, K. (1995) *How Things are*. Ny. William Morrow and Co. Pp 137-144.
- DEWEY, J. (2007) *Cómo pensamos: La relación entre pensamiento reflexivo y proceso educativo*. Barcelona. Ed Paidós Iberica.

- DIAZ DE RADA, V., DIAZ DE RADA, A., MANZANO ARRONDO, V. (2003) Efectos del Diseño del Cuestionario en la Tasa de Respuesta en encuestas postales. *Metodología de Encuestas*, 5, nº 1.
- DIAZ DE RADA, V. (2010) *Comparación entre los resultados proporcionados por encuestas telefónicas y personales: el caso de un estudio electoral*. Madrid. CIS.
- DIAZ DE RADA, V. (2012). Ventajas e Inconvenientes de las encuestas por internet. *Papers.*, 97. (1), 193-223.
- DIAZ LARENAS, C., MARTINEZ ILABACA, P., ROA GHISSELINI, SANHUEZA JARA, M.G. (2010). Docentes en la Sociedad actual: sus creencias y cogniciones pedagógicas respecto al proceso didáctico. *Polis. Revista de la Universidad Bolibariana*, 9, (25) 421-436
- DOCUMENT MARC. La formació de Grau d'infermeria. (2008) Institut Català de la Salut. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut
- DOERBOOM, T.B.; MAINHARD, T., DOLMAN, D.H., SCHERPBIER, A.J., VAN BEUKELEN, P., JAARSMA, A.D. (2012) Evaluating clinical teachers with the Maastricht clinical teaching questionnaire: how much 'teacher' is in student ratings? *Medical Teacher*. 34 (4) 320-6.
- DOMINGO ROBERT, A., GÓMEZ SERÉS, M.V. (2014) *La práctica Reflexiva. Bases, modelos e instrumentos* Madrid.. Ed Narcea.
- DOMINGUEZ ALCÓN, C, (1986) *Los cuidados y la profesión Enfermera en España*. Madrid. Ed Pirámide
- DONCHIN, Y., GOPHER, D., OLIN, M., BADIDI, Y., BIESKY, M., SPRUNG, C. L., ET AL. (1995). A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 23, 294.
- DUDEK, N.L., MARKS, MB., REGEHR, G. (2005). Failure to fail: the perspectives of clinical supervisors. *Academic Medical*. 80(10) 84-7.
- "El Tutor d'infermeria. Perfil, functions I competencies." (2003). Departament de Sanitat I Seguritat Social. Institut d'estudis de la Salut. Generalitat de Catalunya.
- EBY, L. T., ALLEN, T. D. (2002). Further investigation of proteges' negative mentoring experiences: Patterns and outcomes. *Group and Organization Management*, 27, 456-479.
- EBY, L. T., BUTTS, M. M., LOCKWOOD, A., SIMON, S. A. (2004). Proteges' negative mentoring experiences: Construct development and nomological validation. *Personnel Psychology*, 57, 411-447

- EMERSON, R.J. (2007) *Nursing Education in the Clinical Setting*. St Louis Missouri, Mosby-Elsevier.
- ENDE, J. (1983) Feedback in clinical medical education. *JAMA, Journal Advanced Medical Education*, 250 (6), 777-781.
- ENDE, J. (1997) What if Osler were one of us? Impatient teaching today. *Journal of General Internal Medicine*, 12(Suppl. 2), 41-48.
- ENEAS. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. (2005). Informe. Febrero de 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- ERICSSON, K. A., LEHMANN A. C. (1996) Expert and exceptional performance: Evidence of maximal adaptation to task constraints. *Annual Review of Psychology*, 47. 273-305.
- ERTMER, P., NEWBY, T. (1993). Conductismo, Cognitivismo y Constructivismo: una comparación de los aspectos críticos desde la perspectiva del diseño de instrucción. *Performance Improvement Quarterly* 6(4), 50-72. On line. Disponible en <http://www.galileo.edu/pdh/wp-content/blogs.dir/4/files/2011/05/1.-ConductismoCognositivismo-y-Constructivismo.pdf>. Consultado el 15 de abril de 2015.
- ESCOBAR PEREZ, J., CUERVO MARTINEZ, A. (2008) Validez de Contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Revista en Avances en Medición*. 6, 27-36.
- ESTEBAN ALBERT, M (2000) *El diseño de entornos de aprendizaje constructivista*. On line. Disponible en <http://www.um.es/ead/red/6/documento6.pdf>. Consultado el 18 de abril de 2015.
- ESTEBARANZ GARCIA, A. Y MARCELO, C. (1998). Modelos de colaboración entre la universidad y las escuelas en la formación del profesorado. *Revista de Educación*, 317, 97-120.
- EVANS, G. (1993). *Institutions: formal or informal learning?* On line. Disponible en <http://hdl.voced.edu.au/10707/71269>. Consultado el 23 de abril de 2014.
- FELDMAN, D.C. (1999) Toxic mentors or toxic proteges? A critical re-examination of Dysfunctional mentoring. *Human Resource Management Review*.9 (3), 247-78.
- FERNÁNDEZ-SALINERO, C. (2002) *Modalidades de formación en las organizaciones*. En P. PINEDA (coord.): *Gestión de la formación en las organizaciones*. (pp 115-148). Barcelona. Ariel.

430. ANDRÉS ROJO ROJO.

- FLETCHER, S. (2000). A role for imagery in mentoring. *Career Development International*, 5, (4), 235-43.
- FRASER, B. J. (1998). Classroom environment instruments: development, validity and applications. *Learning Environments Research*, 1, 7-33.
- FREIRE, P (2006). *Pedagogía de la Autonomía*. México DC. Ed. Siglo XXI.
- GABERSON K., OERMANN M., SHELLNBARGER, T. (2015) *Clinical Teaching Strategies in Nursing Education*. New York. Springer Publishing Company. 4ªEd.
- GADAMER, H. (2007). *Verdad y Método*. 12ª Ed. Salamanca. Ed Sígueme.
- GALICIA AYALA, L.C., RODRIGUEZ JIMÉNEZ, M.S., CÁRDENAS, JIMENEZ, M.M. (2010). El proceso de integración del alumno al entorno para el aprendizaje reflexivo. *Revista Enfermería Universitaria*, 7 (4), 53-61.
- GALVEZ TORO, A. (2005) Pedagogía de la Desmotivación: soy tonto y me llaman inútil. *Index Enfermería*, 14, (48-49), 23-7. Online. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100005 . Consultado el 15 de abril de 2014.
- GARCIA, F. (coord). (2007) *Investigación en experimentación e implementación del EEES: Contrato e aprendizaje y su pedagogía en el marco del Espacio Europeo de Educación Superior*. Jornades de Xarxes Dinvestigació en Docència Universitària, Universidad de Alicante.
- GARCÍA SÁNCHEZ, M.C., LÓPEZ ARROYO, M.J., LORENTE GALLEGO, A.M., ECHEVARRÍA PÉREZ, P. (2008). La formación de tutores de prácticas enfermeras. Un compromiso de todos. *Revista Index Enfermería.*, 17, (2), 149-50. Online. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000200017&script=sci_arttext. Consultado el 13 de abril de 2014.
- GARCIA SÁNCHEZ, M.P., BELMONTE ALMAGRO, M.L. (2012) “Aplicación académica de las competencias de Investigación Educativa en el Grado de Educación Primaria. En MIRALLES, P Y MIRETE A.B (eds). *La formación del profesorado en Educación Infantil y Educación Primaria*. Universidad de Murcia.
- GARCIA SANPEDRO, H. (2014). Tutores MIR por vocación, contra viento y marea. *Revista Médica*. N° 210. Online. Disponible en <http://www.rmedica.es/edicion/210/tutores-mir-por-vocacion-contra-viento-y-marea>. Consultado el 5 de febrero de 2015.
- GARDNER, G; GARDNER, A., PROCTOR, M (2004) Nurse practitioner education: a research-based curriculum structure. *Journal of Advanced Nursing*. 47 (2), 143-152.

- GARDNER, M.R., DUNPHY SUPLEE, P. (2010) *Handbook of Clinical Teaching in Nursing and Health Sciences*. Boston. Jones and Bartlett Publishers, LLC.
- GARRIDO SANJUAN, J.A. (2006) Conflictos éticos en el aprendizaje de los residentes. *Anales de Medicina Interna*, 23 (10), 493-502.
- GARRIDO SANJUAN, J.A., GARCÍA ALVAREZ, M.A., IGLESIAS OLLEROS, A., LAGO CANZOBRE, F.I., LAGO DEIBE, F.I., RAMIL HERMIDA, J.L. (2009) Aprendiendo a ayudar a aprender. Historia de 10 años de formación de tutores de residentes en Galicia. *Educación Médica*, 12 (3), 157-168.
- GARRISON, D.R., ANDERSON, T; ARCHER, W (2000). Critical inquiry in a text-based environment: Computer conferencing in higher education. *The Internet and Higher Education*, 2, (2-3), 87-105.
- GERMAN BES, C. (2006) "Historia de la Institución de la Enfermería universitaria. Análisis con una perspectiva de género". Tesis Doctoral. Universidad de Zaragoza.
- GERMAN BES, C. (2013) *La Revolución de las Batas Blancas: la enfermería española de 1976 a 1978*. Ed Prensas Universitarias de Zaragoza
- GIBSON, T. (2001). Nurses and medication error: A discursive reading of the literature. *Nursing Inquiry*, 8 (2), 108-17.
- GIL FLORES, J. (1992) La Metodología de Investigación Mediante Grupos de Discusión. *Revista Enseñanza y Teaching: Revista universitaria de didáctica*. (10-11), 199-214.
- GIL FLORES, J., GARCÍA JIMÉNEZ, E., RODRÍGUEZ GÓMEZ, G. (1994) El Análisis de los datos obtenidos mediante grupos de discusión. *Revista Enseñanza y Teaching: Revista universitaria de didáctica*. (12), 183-200.
- GONZALEZ ABREU, R. (2004) Responsabilidad jurídica del Médico Interno Residente. *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología*. 79 (6). Online. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-66912004000600001. Consultado el 6 de mayo de 2014.
- GONZALEZ SANMAMED, M., FUENTES ABELEDO, E.J. (2011). El Practicum en el aprendizaje de la profesión docente. *Revista de Educación*. 354, 47-70.
- GONZALEZ MAURA, V. (2002). ¿Qué significa ser un profesional competente? Reflexiones desde una perspectiva psicológica. *Revista Cubana de Educación Superior*, 22, (1), 45-53.

432. ANDRÉS ROJO ROJO.

- GRABER, M.A., PIERRE, J., CHARLTON, M. (2003) Patient Opinion and attitudes toward medical student procedures in the emergency department. *Academical Emergencial Medicine*, 10, (12), 1329-33.
- GROS SALVAT, B. (2002). Constructivismo y diseños de entornos virtuales de aprendizaje. *Revista de Educación*. (328), 225-247.
- GRUPPEN LD, BRANCH VK, LAING TJ. (2003) The use of trained patient educators with rheumatoid arthritis to teach medical students. *Arthritis Care Research* 9, 302-8.
- GUÍA PARA LA TUTORIA DE LA FORMACIÓN PRÁCTICO CLÍNICA EN EL SISTEMA SANITARIO PUBLICO DE ANDALUCÍA (2011). Cood Teresa Campos García. Autor. Teresa Campos et al. Sevilla. Consejería Salud. Servicio Andaluz de Salud.
- GUIA DEL TUTOR DE GRADO DE ENFERMERÍA. (2009) Agencia Lalín Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios. Comunidad Autónoma de Madrid. 3ª ed
- GUTIERREZ BRITO, J (2008) *Dinámica del Grupo de Discusión*. Madrid. Ed CIS. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- GUTIERREZ del ÁLAMO, F.C. (2009). *Análisis sociológico del sistema de discursos*. Colección de Cuadernos Metodológicos. Madrid. CIS.
- HAGERTY, B. (1986). A second look at mentors. *Nursing Outlook*, 34 (1), 16-24.
- HATTON, N.; SMITH, D. (1995). Reflection in teacher education: towards definition and implementation. *Teaching and Teacher Education*, 11, (1), 33-49.
- HENDERSON, D. (1985). Enlightened mentoring: a characteristic of public management professionalism. *Academy of Management Review*, 8 (3), 475-485.
- HENDRY GD, SCHRIEBER L, BRYCE D. Patients teach students: partners in arthritis education. *Medical Education* (33), 674-7.
- HERNANDEZ CONESA, J. (1995). *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. Madrid. Interamericana.
- HERNANDEZ, R., FERNANDEZ, C., BAPTISTA,P. (2006) *Metodología de la Investigación*. México D.F..Ed McGraw Hill
- HODGES, B. (2009) Factor that can influence mentorship relationships. *Pediatric nursing*, 21 (6), 32-5.
- HOLT REYNOLDS, D (1992) Personal history-based beliefs as relevant prior knowledge in course work. *American Educational Research Journal*, 29 (2), 325-49

- HUETE, A; JULIO G; RODRIGO, J; ROJAS, V; HERRERA C; PADILLA, O; SOLIS, N; PIZARRO, M; ETCHEBERRY, L; SARFATIS, A; PÉREZ, G; DELFINO, A; MUÑOZ, E; RIVERA, H; BITRÁN, M; RIQUELME, A. (2014). Desarrollo y validación del instrumento MEDUC-RX32, para la evaluación de docentes de programas de la especialidad de postítulo en radiología. *Revista chilena de radiología*, 20 (2), 75-80.
- HYRKÄS, K., APPELQVIST-SCHMIDLECHNER, K & OKSA, L. (2003). Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International Journal of nursing studies* 40 (6), 619 -625.
- IBÁÑEZ, JESÚS (1994) *Cómo se realiza una investigación mediante grupos de discusión*. En García Ferrando, M.; Ibáñez, J. y Alvira, F. (Comps.)(1994) *El análisis de la realidad social. Métodos, técnicas de investigación*. Madrid, Alianza Universidad Textos: 569-581.
- ILLERIS, K. (2009) *Contemporary Theories of Learning. Learnig theorists... in their own words*. NY. Routledge. Online. Disponible en <http://www.pgce.soton.ac.uk/IT/Learning/Theories/ContemporaryTheoriesofLearning%20Learning%20theorists%20in%20their%20own%20words%20-%20Knud%20Illeris.pdf>. Consultado el 3 de enero de 2015.
- INFORME JURÍDICO SOBRE VALIDEZ DEL CÓDIGO DEONTOLÓGICO. Organización Colegial de Enfermería. Consejo General. Asesoría Jurídica. On line.
- IPCE. *Informe sobre Profesionales de Cuidados de Enfermería. Oferta-Necesidad 2010-2025*. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión de SNS y Alta Inspección. Disponible en http://www.mspsi.gob.es/novedades/docs/Estudio_necesidades_enfermeria.pdf. Consultado el 15 de julio de 2013.
- ITIN, C.M. (1999). Reassessing the Philosophy of Experiential Education asvehicle form Change in the 21st Century. *Journal of Experiential Education*, 22 (2), 91-98.
- “La inserción laboral de los titulados de la Universidad de Murcia”* (2008) Unidad para la Calidad. Universidad de Murcia. Vicerrectorado de Calidad y Convergencia Europea. Disponible en <http://www.um.es/documents/1277604/1392864/insercion-laboral.pdf/b76a1a03-e0e4-4db7-a9ec-b72427e17243>. Consultado el 25 de julio de 2013.
- JARVIS, P. (1987): *Adult Learning in the Social Context*. London Ed Croom Helm.

434. ANDRÉS ROJO ROJO.

- JARVIS, P. (2006), *Universidades Corporativas: nuevos modelos de aprendizaje en la sociedad global*. Madrid. Ed Narcea.
- JEONG KIM, M., CHOI, K. (2011). Formal Mentors' distancing and manipulative behaviors: an empirical study on their antecedents and consequences. *Journal of business and policy research*, 6, (3), 91-103
- JONASSEN, D. (2000) *El diseño de entornos constructivistas de aprendizaje*. En CH. REIGELUTH, *Diseño de la Instrucción. Teoría y Modelos*. Madrid. Aula Santillana XXI.
- JONASSEN, D.M., PECK, K.L., WILSON, B.G. (1999). *Learning whith tecnology: A constructivist Perspective*. NY. Ed. Merril-Prentice Hall.
- JONASSEN, D. (2004) *Learning to solve problems: an institucional guide*. San Francisco. Ed. Pfeiffer.
- KLENOWSKI, V. (2004). *Desarrollo del portafolios para el aprendizaje y la evaluación*. Madrid. Ed. Narcea.
- KLEEHAMMER, K., HART, A.L., y KECK, J.F. (1990) Nursing students' perceptions of anxiety-producing situations in the clinical setting. *Journal of Nursing Education*, 29, 183-187.
- KIM, K.H. (2007) *Clinical Competence among senior nursing students after their preceptorship experiences*. *Journal of Profesional Nursing*. 23: 369-75.
- KOHN, L.T., CORRIGAN, J.M., DONALDSON M.S. (2000) *To err is Human. Building a safer health system*. Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America. Washington D.C. National Academies Press.
- KOLB, D. (1984) *Experiential Learning: experience as the source of learning and development*. NJ. Pretence-Hall Inc.
- KORTHAGEN, FA., KESSEKS, J., COSTER, B., LAGERWERF B., WUBBELS T. (2001) *Linking Practice and Theory: The Pedagogy of Realistic Teacher Education*. London. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- KORTHAGEN, FRED (2010) La práctica, la teoría y la persona en la formación del profesorado, *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, tomo 2, 68 (24), 83-102.
- KRUEGER, RICHARD A. (1991) *El grupo de discusión: guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid, Pirámide

- KUSHNIR, T. (1986). Stress and social facilitation: the effects of the presence of an instructor on student nurses' behaviour. *Journal of Advanced Nursing*, 11, 13-19.
- LATORRE BELTRÁN (1992). *La reflexión en la formación del profesor*. Tesis Doctoral. Departamento de Métodos de Investigación y Diagnósticos en Educación. Facultad de Pedagogía. Universidad de Barcelona.
- LATORRE MEDINA, M.J. (2007) Algunos conceptos clave en torno a las creencias de los docentes en formación. *Revista Docencia e Investigación*, 32 (17), 1-19.
- LATORRE MEDINA, M.J. (2007) El Potencial formativo del Practicum. Cambio en las creencias que sobre la enseñanza práctica poseen los futuros maestros. *Revista de Educación*, 343, 249-273
- LAVE, J., WENGER, E. (1991). *Situated Learning. Legitimal peripheral participation*. Cambridge: University of Cambridge Press. En Smith, M. K. (1999). *The social/situational orientation to learning*. Online. Disponible en www.infed.org/biblio/learning-social.htm. Consultado el 14 de junio de 2014.
- LE BOTERF, G (2000) *Ingeniería de las Competencias*. Barcelona. Ediciones Gestión 2000.
- LEVI-LEBOYER, C. (2003). *La gestión de las competencias*. Barcelona. Ediciones Gestión 2000
- LEVINSON, D.F., DARROW, C.N., KLEIN, E.B., LEVINSON, M.H. y McKEE, B. (1978) *The season of man's life*. New York: Knopf.
- LEY GENERAL DE SANIDAD (1986). Ley Orgánica 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. BOE nº 102. 29 abril 1986. Pp 15207-24 4/1994, de 26 de Julio de Salud de la Región de Murcia. BOE nº 243. 11 octubre 1994. Pp 31657-65
- LEY 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. BOE nº 280. 22 noviembre 2003. Pp 41442-58
- LIBRO BLANCO. TÍTULO GRADO DE ENFERMERÍA. (2006) Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA).
- LLOPIS GOIG, RAMÓN (2004) *El grupo de discusión: manual de aplicación a la investigación social, comercial y comunicativa*. Madrid. ESIC.
- LOBATO FRAILE, C. (Ed.) (1996). *Desarrollo profesional y prácticas/Practicum en la Universidad*. Bilbao. Universidad del País Vasco.
- LOBATO FRAILE, C. (2006). *Estudio y trabajo autónomo del estudiante*. En De Miguel (coord.). *Metodología de enseñanza y aprendizaje para el desarrollo de competencias* (pp. 191-223). Madrid. Ed. Alianza.

- LÓPEZ MEDINA I M, SÁNCHEZ CRIADO V. (2005) Percepción del estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Enfermería Clínica*. 15 (6), 307-313.
- LÓPEZ NOGUERO, F. (2002) El análisis de contenido como método de investigación. *Revista Internacional de Investigación e Innovación Educativa*, 4, 167-179
- MARCELO, C. (1992) *Aprender a Enseñar: un estudio sobre el proceso de socialización de profesores principiantes*. Madrid. CIDE. Ministerio de Educación y Ciencia.
- MARCELO, C. (1996). *Desarrollo profesional y las prácticas/Prácticum en la universidad*. En C. Lobato (Ed.). *Desarrollo profesional y prácticum en la universidad* (pp.15- 27). Bilbao: Servicio Editorial Universidad del País Vasco
- MARQUES ANDRÉS, S., GUERRO GARCIA, M. (2010) Emociones de las enfermeras ante los errores de medicación. *Evidentia. Revista de enfermería basada en la evidencia*, 7 (29),
- MARTÍN CRIADO, ENRIQUE (1997) "El grupo de discusión como situación social". *REIS* , (79), 81-112.
- MARTÍNEZ, F (2002) *El cuestionario. Un instrumento en psicología y educación*. Barcelona. Ed Leartes Psicopedagogía.
- MARTÍNEZ CLARES, PILAR; MARTÍNEZ JUÁREZ, MIRIAM; GÓMEZ GARCÍA, CARMEN. (2011) La Función Tutorial: una necesidad en el contexto sanitario, ¿están formados los profesionales sanitarios para ello?. *Evidentia. Revista de enfermería basada en la evidencia*. ene-mar; 8(33). Online. Disponible en <http://www.index-f.com/evidentia/n33/ev3304.php>. Consultado el 11 de julio de 2014.
- MARTINEZ JUAREZ, M. (2009). *Análisis Funcional de la Tutoría Sanitaria en la Región de Murcia: funciones y competencias. Hacia el perfil profesional del Tutor de Residentes*. Tesis Doctoral. Facultad de Educación. Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación. Universidad de Murcia
- MARTINEZ FILGUEIRA, M.E. (2010). Ser tutor. ¿Cuestión de personalidad o de profesionalidad?. *Revista Educativa de Orientacion y Psicopedagogía*. 21 (3), 1-6.
- MARTINEZ FILGUEIRA, E., RAPOSO RIVAS, M. (2011) Funciones generales de la tutoría en el Practicum: entre la realidad y el deseo en el desempeño de la acción tutorial. *Revista de Educación*. 354, 155-181.
- MARTÓN GONZALEZ, P., URIARTE ARCINIEGA, J.D., CIAURRI PELLEJERO, J.C. (2008). El sistema de contrato como estrategia metodológica de aprendizaje autónomo de los estudiantes de las titulaciones de Magisterio y

- Educación Social. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. (1), 305-320.
- McCONNEL M, EVA, K. (2012) The role of emotion in the learning and transfer of clinical skills and knowledge. *Academical Medicine*. 87 (10) 1316-22
- McGARTLAND, D. BERG, M., TEBB, S. S., LEE, E. S. & RAUCH, S. (2003). Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research*, 27 (2), 94-104.
- McKENZIE, M (2003) Beyond "the Outward Bound Process". Rethinking Student Learning. *The Journal of Experiential Education*, 26 (1) 8-23.
- McMILLAN, J.H., SCHUMACHER, S. (2005) *Investigación Educativa. Una Introducción Conceptual*. 5ª Ed. Madrid. Ed Pearson Educación S.A.
- MEDINA MOYA, J.L. (1999) *Pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería*. Madrid. Ed Leartes.
- MEDINA MOYA, J.L. (2002) Práctica educativa y práctica de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva. *Rev Albacete*. (15). Online. https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2015/numero15/pr%E1ctica_educativa_y_pr%E1ctica_de.htm. Consultado el 2 de abril de 2014.
- MEDINA MOYA, J. L. (2005). *Deseo de cuidar y voluntad de poder: La enseñanza de la enfermería*. Barcelona: Publicacions i Edicions Universitat de Barcelona
- MEDINA MOYA, J.L., CASTILLO PARRA, S. (2006) La enseñanza de la Enfermería como una práctica reflexiva. *Revista Enferm, Florianópolis*. 15, (2), 303-11.
- MEDINA MOYA, J.L., LINIESE DO PRADO, M (2009). El curriculum de enfermería como prototipo de tejné: racionalidad instrumental y tecnología. *Texto y contexto Engermagem*. 18, (4), 617-626.
- MINGUEZ MORENO, I., SILES, J. (2014). Pensamiento crítico en enfermería: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva. *Aquichan*. 4 (14), 594-604.
- MOLINA LINDE, J.M., AVALOS MARTÍNEZ, F., GIMÉNEZ CERVANTES, I. (2005). Burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Enfermería Clínica*. 15 (5), 275-82.
- MONTERO, M; FARYAS, L (2005). De la Transcripción y otros aspectos de la Investigación Cualitativa. *International Journal of Qualitative Methods*. 4 (1), 1-14. Online. Disponible en https://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/4_1/pdf/fariasmontero.pdf. Consultado el 3 de mayo de 2014.

438. ANDRÉS ROJO ROJO.

- MORENO, B., GARROSA, E., GONZALEZ, J.L. (2000) “El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. Archivos de Prevención de Riesgos Laborales. Nº 3; p 18-28.
- MORRIS, C Y BLANEY, D. (2010) *Work- based learning* En Swanwick T (2010).*Understanding medical education: evidence, theory, and practice*. West Sussex, UK John Wiley & Sons Ltd.
- MURIER, C. E. (2000). Understanding the nature of errors in nursing: Using a model to analyze critical incident reports of errors, which had resulted in an adverse or potentially adverse event. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 202.
- NAVARRO MOYA, F.J., MARTINEZ ROS, M.T., VIGUERAS LORENTE, M.D., RODRIGUEZ GONZÁLEZ, M.C.(2002) Perfil del tutor de prácticas de alumnos enfermería. *Index Enfermería*. 39 (4) 248-252. Online. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962013000300014&script=sci_arttext. Consultado el 3 de abril de 2014.
- NEILL, J. T. (2004). *Experiential Learning Cycles*. Disponible en Internet: <http://www.ExperientialLearningCycle.htm>. Consultado el 5 de septiembre de 2014.
- NEGRILLO DURAN, C., CALVO CALVO, M.C. (2008) Evolución y desarrollo de los cuidados femeninos y masculinos en la historia de la enfermería. *Hiades. Revista de Historia de Enfermería*, 10, 453-75.
- OPPERMAN, M. (2000): Triangulation A Methodological discussion. *International Journal of Tourism Research*. 2 (2), 141-6.
- ORDEN CIN/2134/2008 de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. BOE nº 174 de 19 de julio de 2008. Pp 31680-3.
- ORDEN MINISTERIAL de 6 de julio de 1955, por la que se prohíbe la coeducación de alumnos de ambos sexos, en las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios.
- ORDEN MINISTERIAL de 4 julio 1955 de las Normas para la nueva organización de los estudios de Ayudante Técnico Sanitario. BOE 2 de agosto de 1955
- ORDEN MINISTERIAL de 22 de junio de 1995, por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de Médicos y Farmacéuticos Especialistas. BOE 155 de 30 de junio de 1995. Pag 19793-9.
- ORDEN SAS/1349/2009 de 6 de mayo por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstetrico-Ginecológica (Matrona. En BOE nº 129 de 28 de mayo de 2009. Pag 447697-44729.

- ORTI BENLLOCH, A.(1986) "la apertura del enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta o semidirecta y la discusión de grupo". En Manuel García Ferrando, Jesús Ibáñez Y Francisco Alvira (comp): *El análisis de la realidad social. Métodos y Técnicas de Investigación*. Madrid. Alianza Editorial.
- PAJARES, M.F. (1992) Teachers' Beliefs and Educational Research: Cleaning Up a Messy Construct. *Education & Educational Research*. 62 (3), 307-332.
- PAPP I, KARKKANEN M, VON BONSDORFF M (2003) Clinical environment as a learning environment: student nurses' perceptions concerning clinical learning experiences. *Nurse Education Today* 23, 262-8.
- PARSLOE, E (2005). *Coaching and Mentoring: Practical to Improve Learning*: London; Ed Kogan Page.
- PAUL, J. (1996): Between Method Triangulation. *The International Journal of Organizational Analysis*. 4 (2), 135-153.
- PEDONE, C. (2000) El trabajo de campo y los métodos cualitativos. Necesidades nuevas reflexiones desde las geografías latinoamericanas. *Scripta Nova. Revista electrónica de Geografía y ciencias sociales*; (57). Online. Disponible en <http://www.ub.edu/geocrit/sn-57.htm>. Consultado el 3 de septiembre de 2013.
- PEREIRA PÉREZ, Z (2011). Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta. *Revista Electrónica Educare*. 15, (1), 15-29. Online. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/1941/194118804003.pdf>. Consultado el 3 de septiembre de 2013.
- PEREZ GÓMEZ, A (2009) *Las funciones sociales de la escuela: de la reproducción a la construcción crítica del conocimiento y la experiencia*. Foro latinoamericano de políticas educativas. Online. Disponible en <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/lpp/20100324022908/9.pdf>. Consultado el 3 de septiembre de 2013.
- PEREZ, M.P. y GARCIA, M. (2001) *Mejora e innovación del Prácticum de Magisterio*. En L. Iglesias, M Zabalza, A Cid y M. Raposo (Coords) *Desarrollo de Competencias Personales y Profesionales en el Practicum*. VI Symposium Internacional sobre el Prácticum. Lugo: Unicopia.
- PEREZ PEÑA, F (2008). El papel del profesor de práctica clínica. *Educación Médica*, 11 (1), 37-42.
- PEREZ SÁNCHEZ, R., VIZQUEZ CALDER'N, D. (2010) Los Grupos de discusión como metodología adecuada para estudiar las cogniciones sociales. *Actualidades en Psicología*. 23 (110). Online. Disponible en

440. ANDRÉS ROJO ROJO.

<http://dx.doi.org/10.15517/ap.v23i110.12>. Consultado el 15 de junio de 2014.

- PERRENOUD, PH (2001). La formación de los docentes del siglo XXI. *Revista de Tecnología Educativa*, 14,(3), 503-523.
- PERRENOUD, PH. (2004). *Desarrollar la práctica reflexiva en el oficio de enseñar. Profesionalización y ración pedagógica*. Barcelona. Ed Grao.
- PETERS, M., OLLE, C. (2014). Bedside teaching in medical education: a literature review. *Perspective Medical Education*. (3), 76-88.
- POMAR FIOL, M.I (1996). El Practicum en los estudios de magisterio de la Universidad de las Islas Baleares. Valoración desde la perspectiva del alumnado. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. 1 (0), 3-5. Online. Disponible en http://www.aufop.com/aufop/uploaded_files/articulos/1224235483.pdf. Consultado el 13 de abril de 2014.
- PRZESMYCKI, H. (2000). *La Pedagogía del contrato. Contrato didáctico en educación*. Barcelona. Ed Grao.
- PULIDO MENDOZA, R., APARICIO GOÑI, I., MAS ESPEJO, M., TOVAR REINOSO, A., RODRIGUEZ GARCIA, M. (2008). *Entorno del aprendizaje practico clínico. Percepción de los estudiantes de Enfermería*. V Jornadas de Innovación Universitaria. Universidad Europea de Madrid.
- PUIG, C. (2003). El Rol del Tutor de prácticas y el acompañamiento al estudiante. *Portularia: Revista de Trabajo Social*. 4, 455-62. Online. Disponible en <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/231/b15138574.pdf?sequence=1>. Consultado el 12 de enero de 2014.
- QUINTAIROS DOMINGUEZ, S. (2008) *Del Practicante a la Enfermera. 150 años de desarrollo profesional: el papel de los Colegios Profesionales*. Tesis Doctoral. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de Coruña
- QUINTANILLA, MA (1989). *Tecnología: Un enfoque filosófico*. Madrid. Fundesco.
- RAELIN, J.A. (1997). A Model of Work-Based Learning. *Organization Science*. (1), 563-78.
- RAMINI, S. (2003). Twelve tips to improve bedside teaching. *Medical Teacher*, 25 (2), 112-5.
- REAL DECRETO 1558/1986 (1986). Real Decreto 1558/1986 de 28 de junio por el que se establecen las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones Sanitarias. BOE nº 182. 31 julio 1986. Pp 27235-9

- REAL DECRETO 111/1980 de 11 de enero sobre homologación del título de ATS con el de Diplomado Universitario en Enfermería. BOE, nº 20 de 23 de enero de 1980. Pp 1760
- REAL DECRETO. 1428/1990 de 26 de octubre por el que se establece el Título Universitario Oficial de Licenciado en Psicología y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquel. BOE nº 278 de 20 de noviembre de 1990. Pp 34360-2.
- REAL DECRETO 2128/1977 de 23 de julio sobre integración en la Universidad de las escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería
- REAL DECRETO 183/2008, de 8 de febrero por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. BOE 45 de 21 de febrero de 2008. Pag 10020-35.
- REAL DECRETO 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista. BOE nº26, 31 de enero de 1984. Pp 2524-2528
- REAL DECRETO 450/2005 de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. En BOE nº 106 de 6 de mayo de 2005. Pp 15480-15486
- REASON, J. (1990). *Human Error*. Cambridge. Cambridge University Press.
- REASON; J. (1995). Understanding adverse events: Human factor. *Quality in Health Care*. 4, 80-89
- RESOLUCIÓN DEL DIRECTOR GERENTE DEL SMS POR LA QUE SE DISPONE LA PUBLICACION EN EL BORM DE LA PLANTILLA DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD. (2008). BORM, nº291, de 17 DE DICIEMBRE DE 2008 pag. 39453 y ss.
- REY CAR (1999): "*Alcanzando el Futuro: el papel de la mentoría en el nuevo milenio*". Online. Disponible en www.mentors.ca. Consultado el 3 de mayo de 2014.
- REYES REVUELTA, J.F., GARCÍA RODRIGUEZ, J.J., FERNANDEZ MERIDA, C., AMAT MATA, J (2012) Experiencias negativas de aprendizaje e estudiantes de enfermería durante las prácticas clínicas. *Enfermería Docente*. 96, 26-30.
- RODRIGUEZ SABIOTE, C., GALLARDO VIGIL, MA., POZO LORENTE, T., GUTIERREZ PÉREZ, J. (2006) *Iniciación al Análisis de datos cuantitativos en Educación. Teoría y Práctica mediante SPSS del análisis básico descriptivo*. Granada. GEU

442. ANDRÉS ROJO ROJO.

- RODRIGUEZ SABIOTE, C., LORENZO QUILES, O., HERRERA TORRES, L (2005) Teoría y Práctica del Análisis de datos Cualitativos. Proceso General y Criterios de Calidad. *Sociotam*, 15 (2), 133-154.
- ROMERO ARIZA, M. (2010). El Aprendizaje Experiencial y las nuevas demandas formativas. *Revista de Antropología Experimental*. (8), 88-102.
- ROS MARTRAT, E. (2004) Las competencias profesionales adquiridas en medicina familiar y comunitaria: Una mirada desde tutores y residentes. *Educación Médica*, 7, (4), 29-35.
- ROSS, J. A., & BRUCE, C. D. (2007). Teacher self-assessment: A mechanism for facilitating professional growth. *Teaching and Teacher Education*, 23, 146–159.
- RUIZ RUIZ, J. (2009) Análisis sociológico del discurso: métodos y lógicas. *Forum: Qualitative Social Reseach*. 10 (2). Online. Disponible en <http://digital.csic.es/bitstream/10261/64955/1/Art%C3%ADculo%20FQS%20%28espa%C3%B1ol%29.pdf>. Consultado el 12 de diciembre de 2014.
- SAARIKOSKI M. (2002). *Clinical learning enviroment and supervision. Development and Validation of the CLES Evaluation Scale*. Disertation. *Annales Universitatis Turkuensis Medica-Odontológica Ser D. Tum.* 525. Online. Disponible en <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/5820/D525.pdf?sequence=1>. Consultado el 2 de octubre de 2014.
- SAEZ CARRERAS, J. (2003) *La profesionalización de los educadores sociales. En busca de la competencia cualificadora*. Madrid. Ed Dykinson
- SANCHEZ M. (1992) Estrés de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Enfermería Científica*. (127), 43-46.
- SANCHEZ DE MANTRANA, M. (2005) El aprendizaje en contextos laborales reales: el caso de las pasantías de los estudiantes universitarios. *La Revista Venezolana de Educación (Educere)* 9, (30).
- SÁNCHEZ GONZÁLEZ, M^a. R., JIMÉNEZ JIMÉNEZ, M.V., PARRA MARTÍN, M^a. R. (2013). Afrontamiento del personal de Enfermería frente a la crisis actual. Propuesta de mejora. *Revista Enfermería Castilla y León*. 5 (2).
- SÁNCHEZ MARTÍNEZ, A., LAFUENTE LECHUGA, M. (2001) *Oferta y Demanda de Educación Universitaria en la Región de Murcia*. En actas X Jornadas de la Asociación de Economía de la Educación.
- SATSE. "Análisis del empleo en enfermería". (2013). SATSE. Sindicato de Enfermería. Disponible en <http://galicia.satse.es/Análisis%20del%20empleo%20en%20enfermería.pdf>. Consultado el 21 de octubre de 2013.

- SANTANDER, P. (2011) Porqué y Cómo hacer Análisis de Discurso. *Cinta Moebiuo*. 41, 207-224. Online. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/cmoebio/n41/art06.pdf>. Consultado el 15 de diciembre de 2014.
- SANZ PEÑALVER, M.A., LUCAS GARCIA, C. (2011). *Escenarios de Formación: la coordinación de prácticas curriculares de enfermería en el hospital universitario Rafael Méndez de Lorca*. Congreso Internacional de Innovación Docente. Universidad Politécnica de Cartagena.
- SAURA LLAMAS, J.L. (2007). Como puede convertirse un tutor en un docente efectivo. *Atención Primaria*. 39 (3), 164-166
- SCHÖN D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la formación y el aprendizaje en las profesiones*. Madrid. Ed Paidós MEC.
- SCHÖN, D. (1996) *La crisis del conocimiento profesional y la búsqueda de una epistemología de la práctica*. En M. Pakman (comp). *Construcciones de la experiencia humana*. Barcelona. Gedisa.
- SCHÖN D. (1998). *El profesional reflexivo. Cómo piensan los profesionales cuando actúan*. Barcelona .Ed Paidós.
- SEGOVIA DE ARANA, J.M. (2002) La Formación de Especialistas Médicos en España. *Ars Médica. Revista de Humanidades Médicas*, 1, 77-83.
- SENDER-LIBERMAN, A., LIBERMAN, M., STEINERT, Y., McLEOD, P., MERERISSIAN, S. (2005) Surgery residents and attending surgeons have diferents perceptions of feedback, *Medical Teacheacher*. 27 (5), 470-2.
- SERRANO, J. M. y PONS, R. M. (2011). El constructivismo hoy: enfoques constructivistas en educación. *Revista Electrónica De Investigación Educativa*, 13 (1). Online. Disponible en redie.uabc.mx/redie/article/download/268/431. Consultado el 13 de noviembre de 2014.
- SERRANO GALLARDO. P., MARTINEZ MARCOS. M. (2008) La Tutorización de prácticas clínicas en pregrado de Enfermería. *Metas de Enfermería*. 11 (3): 28-32
- SFDP Stanford Faculty Development Programme. Online. Disponible en <http://www.stanford.edu/group/SFDP>. Consultado el 12 de junio de 2014.
- SIEMENS, G. (2004). *Conectivismo: una teoría de aprendizaje para la era digital*. Online. https://docs.google.com/document/d/1ZkuAzd-x1I9IDgcC1E_XSmPTOk6Gu1K2SEvXtduG3gc/edit?pref=2&pli=1. Consultado el 25-04-2015.

444. ANDRÉS ROJO ROJO.

- SILVER-ISENSTADT, A., UBEL, P.A. (1997) Medical Student name tags: identification or obfuscation?. *J. Gen Intern Med*; 12, 669-71
- SILVER-ISENSTADT, A., UBEL, P.A. (1999) Erosion in medical students' attitude about telling patient they are students. *J. Gen Intern Med*; 14, 481-87
- SKJONG, R. & WENTWORTH, B. (2000). Expert Judgement and risk perception. Online. Disponible en <http://research.dnv.com/skj/Papers/SkjWen.pdf> Consultado el 15 de Enero de 2014.
- SOLANO RUIZ, M^a C. y SILES GONZALEZ, J. (2013) La figura del tutor en el proceso de prácticas en el Grado de Enfermería. *Index Enferm.* 22, (4). Online. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962013000300014&script=sci_arttext. Consultado el 17 de mayo de 2014.
- SPENCER, J. (2003). Learning and teaching in the clinical environment. En ABC of Learning and Teaching in Medicine. *British Medical Journal*. Online. Disponible en <http://www.bmj.com/content/326/7389/591.1>. Consultado el 13 de noviembre de 2014.
- SPENCER, L.M. & SPENCER, S.M. (1993). *Competence at Work*. New York : John Wiley and Sons
- SPENCER J, BLACKMORE D, HEARD S, MCCRORIE P, MCHAFFIE D, SCHERPBIER A ET AL. (2000) *Patient-oriented learning: a review of the role of the patient in the education of medical students*. *Med Educ*; 34: 851-7.
- STACY, R., SPENCER, J. (1999). *Patients as teachers: a qualitative study of patients' views on their role in a community-based under-graduate project*. *Med Educ.* ;33 : pp 688-93
- STALMEIJER, R.E., DOLMANS, D.H., WOLFHAGEN, MUIJTJENS, A.M., SCHERPBIER, A.J. (2008) The development of an instrument for evaluating clinical teachers: involving stakeholders to determine content validity. *Medical Teacher.* 30 (8), 272-7.
- STALMEIJER, R.E., DOLMANS, D.H., WOLFHAGEN, I.H. PETERS, W.G., COPPENOLLE, L., SCHERPBIER, AJ. (2010) Combined student ratings and self-assessment provide useful feedback for clinical teacher. *Advanced in Health Science Education.* 15, 315-328.
- STRARCEVICH, M y FRIEND, F (1999) Effective mentoring relationships from the mentee's perspective. *Workforce, supplement* (July): 2-3.
- STEVENS BARNUNM, B. (2006) *Precepting, not mentoring or teaching: vive la difference*. En *The Role of Preceptor. Guide for Nursing Educators, Clinicians and Managers*. 2^o ed. Flynn, J.P.; Stach, M.C (ed). (2006) Springer P.C. N.Y.

- STEWART, J.T., KRUEGER, B. (1996). An evolutionary concept analysis of Mentoring in nursing. *Journal of Professional Nursing*, 12, 311-321.
- SUTKIN, G., WAGNER, E., HARRIS, I., SCHIFFERMAN R.(2008) What makes a good Clinical Teacher in Medicine?. A review of the Literature. *Academic Medicine*. 83, (5), 452-466.
- SUTTON, E.S., WHEATLEY, K.F. (2003). Teacher' emotions and teaching: a review of the literature and directions for future research. *Educational Psychology Review*. 15 (4), 327-358
- TAYLOR, S. J. y BOGDAN, R. (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós
- TEJADA FERNANDEZ, J., RUIZ BUENO, C. (2013) Significación del Practicum en la Adquisición de Competencias Profesionales que permitan la Transferencia de Conocimiento a ámbitos propios de la acción docente. Profesorado. *Revista de curriculum y formación del profesorado*. Vol 17. Nº 3. Online. Disponible en <http://www.ugr.es/~recfpro/rev173ART5.pdf>. Consultado el 13 de octubre de 2014.
- TIMMINSS, F., KALISZER, M (2002) Aspect of nurse education programmes that frequently cause stress to nursing students. Fact finding sample survey. *Nurse Education Today*. 22 (3), 203-11.
- TRIVIÑO, X., SIRHAM, M., MOORE, P., REYES, C. (2009) Formación en educación de los docentes clínicos. *Rev Med Chile*. 137. (11).
- TYLER, M (1998). *Principios básicos del Currículo*. 5º Ed. Madrid. Ed Troquel.
- ULIBARRI OCHOA, A., LÓPEZ DE MUNAIN CANTÓN, M (2008) Promover un aprendizaje significativo en el Practicum Enfermería. *Educare 21*. Online. Disponible en <http://www.enfermeria21.com/revistas/educare/articulo/50023/>. Consultado el 12 de octubre de 2014.
- URRUZUNO TELLERÍA, P. (2004). El Tutor MIR. *Anales de Pediatría*. 60, (4), 403-405.
- VALLEJO MARTOS, M.C. (2007) Compromiso en la empresa familiar bajo una óptica de liderazgo transformacional y aprendizaje organizacional. *Rev Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*, 13, (3).
- VAN de RIDDER, JM., SOTKING, K., MCGAGUIE, W., TEN CATE, O. (2008) What is feedback in clinical education? *Medical Education*, 42 (2) 189-97.
- VELASCO BUENO, J.M. (2013). Evidencia frente a los recortes en las plantillas de Enfermería. *Rev. Enfermería Docente*. Nº 99. Enero-Abril, 39-41.

446. ANDRÉS ROJO ROJO.

- VENTOSA ESQUINALDO, F. (1984) *Historia de la Enfermería Española*. Madrid. Ciencia 3.
- VENTURA BLANCO, J.J. (2005) *El Prácticum en los Estudios Pedagógicos y la Inserción Laboral. Nuevos enfoques ante el reto europeo*. Tesis Doctoral. Departamento Teoría e Historia de la Educación. Facultad Pedagogía. Universidad de Barcelona
- VIZCAYA, M. F., DE JUAN, J. Y PÉREZ, R. M., DE JUAN, J. (2004). *El clima social: valoración del entorno de aprendizaje clínico desde la perspectiva de los estudiantes de enfermería*. Ministerio de Educación y Ciencia. Centro de Investigación y Documentación Educativa CIDE). Nº 170. Colección Investigación pp: 293-310
- VIZCAYA MORENO, M.F. (2005). *Valoración del entorno de aprendizaje clínico hospitalario desde la perspectiva de los estudiantes de enfermería*. Tesis Doctoral. Departamento de Biotecnología y Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante.
- VILLA SANCHEZ, A., POBLETE RUIZ, M. (2004) Practicum y Evaluación de Competencias. Profesorado. *Revista de Curriculum y formación del profesorado*. Vol 8. Nº 2. Online. Disponible en <https://www.ugr.es/~recfpro/rev82ART2.pdf>. Consultado el 13 de noviembre de 2014.
- VISIERS JIMENEZ, L., MARTÍN ARRIBAS, MC. (2015). *Evañluación de Competencias en el Practicum del Grado en Enfermería*. XII Jornadas Internacionales de Innovación Universitaria. Educar para transformar: Aprendizaje Experiencial.
- WAGNER, A.L. AND SEYMOUR, M.E. (2007). A Model of Caring Mentorship for nursing. *Journal for Nurses in staff development*, 23 (5), 210-21.
- WATSON, S. (2002) The use of reflection as an assessment of practice. Can you mark learning contracts?. *Nurse Education Practice*. Sept, 2 (3), 150-9.
- WEIGEL, T., MULDER, M. & COLLINS, K. (2007) The concept of competence in the development of vocational education and training in selected EU member states. *Journal of Vocational Education and Training*, 59, (1) 51-64.
- YERA FACHAL, M.C. y GÓMEZ BESTEIRO, M.I. (2014) Factores desencadenantes de estrés en los estudiantes durante sus prácticas clínicas en la Escuela Universitaria de Enfermería de A Coruña. *Metas de Enfermería*. 17 (9).
- YODER L. (1990) Mentoring: A concept analysis. *Nursing Administration*. 15, 9-19

- ZABALZA BERRAZA, M.A. y CID SABUCEDO, A. (1998) *El tutor de prácticas: un perfil profesional*. En M.A. Zabalza Beraza (Ed), *Los tutores en el Prácticum. Funciones, formación y compromiso institucional*. (pp. 17-63). IV Simposium Internacional sobre prácticas escolares. Poio, Pontevedra.
- ZABALZA BERRAZA, M.A. (2003). *Competencias Docentes del Profesorado Universitario: Calidad y Desarrollo Profesional*. Madrid. Ed Narcea.
- ZABALZA BERRAZA, M.A. (2004) Condiciones para el Desarrollo del Prácticum. *Profesorado, revista de curriculum y formación del profesorado*, 8(2).
- ZABALZA BERRAZA, M.A. (2009) *Prácticum y Formación. ¿en qué puede formar el Prácticum?*. En M. Raposo Rivas, M.E. Martínez Filgueira, L. Lodeiro Enjo, J.C. Fernández de la Iglesia y A. Pérez Abellás (Coords). *El Prácticum mas allá del empleo. Formación Vs Training* (pp. 45-70). Santiago de Compostela: Imprenta Universitaria.
- ZABALZA, M.A. (2013) *El Prácticum y las Prácticas en Empresas en la Formación Universitaria*. Madrid. Ed Narcea
- ZAPICO YAÑEZ, F., BLANCO SANCHEZ, R., CONSUL GIRIBERT, M., JUANOLA PAGES, M. Aprendizaje y satisfacción de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Enfermería Clínica*, 7 (1), 16-24.
- ZIBROWSKI, E., MYERS, K., NORMAN, G., GOLDSMIDT, M.A. Relying on Others' Reliability: Challenges in Clinical Teaching Assesment. *Teaching and Learning in Medicine*, 23 (1), 21-27.
- ZUBERI RW, BORDAGE G, NORMAN GR. (2007) Validation of the SETOC instrument: Student evaluation of teaching in outpatient clinics. *Advances in Health Sciences Education*, 12, 55-69.
- ZUPIRIA, X, URANGA M.J., ALBERDI, MJ, BARANDIARAN, M (2003). KEZKAK: Cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Gaceta Sanitaria*, 17 (1), 37-39
- ZUPIRIA, X, URANGA M.J., ALBERDI, MJ, BARANDIARAN, M, HUITZI, X, SANZ, X. (2006) Fuentes de estrés en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería: evolución a lo largo de la diplomatura. *Enfermería Clínica*; 16 (5), 231-237.