



*UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN*

Tesis de Maestría

**TITULO DE LA TESIS:**

**LA SINGULARIDAD DE LA ENSEÑANZA ANTE LA PRESENCIA DEL OTRO (PACIENTE) EN  
LOS ESPACIOS DE FORMACIÓN PRE-PROFESIONAL DEL ÁREA SALUD.**

AUTORA: VIRGINIA FACHINETTI LEMBO

TUTORA: MAG. MABEL RUIZ

Montevideo, Uruguay  
2014

**PÁGINA DE APROBACIÓN**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

El tribunal docente integrado por los abajo firmantes aprueba la Tesis de Investigación:

Título

Autora: VIRGINIA FACHINETTI

Tutora: MAG. MABEL RUIZ

Carrera: MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN

Puntaje

.....

Tribunal

Profesor.....  
(Nombre y firma)

Profesor.....  
(Nombre y firma)

Profesor.....  
(Nombre y firma)

Fecha

DEDICATORIA

*Con amor a mis hijas Martina y Agustina y  
a mi compañero de vida Guillermo*

## **AGRADECIMENTOS**

A mi tutora y amiga, Mabel Ruiz, que me acompañó con paciencia y sabiduría; alentándome en cada momento.

A mis compañeras del Proyecto FD, Fany, Griselda, María del Carmen, Alicia y Romina, que permanentemente me alentaron a no desistir y colaboraron con múltiples aportes.

A mis colegas y amigas, Erika González, Ana Laura Piñeiro y Graciela Plachot; que estuvieron presenete desde el afecto y la motivación.

A Alicia Cabezas, con quién comencé mis pasos en la Facultad y acompañó en mi tránsito académico.

A mi hermana y colega Matilde.

<b>INDICE</b>	<b>Pag.</b>
<b>PAGINA DE APROBACIÓN</b>	<b>ii</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>iii</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>iv</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>v</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>8-9</b>
<b>CAPITULO 1. Problema de investigación y justificación del mismo</b>	<b>10-13</b>
1. Problema de Investigación	10
2. Justificación de la investigación	10-13
<b>CAPÍTULO 2. Objetivos generales y específicos</b>	<b>14-15</b>
<b>CAPÍTULO 3. Marco Teórico</b>	<b>16-24</b>
3.1. La relación pedagógica	16-19
3.2. La experiencia, la formación	19-21
3.3. La relación pedagógica en un espacio de práctica pre-profesional:la clínica.	21-24
<b>CAPÍTULO 4. Metodología</b>	<b>26-29</b>
<b>CAPÍTULO 5. Resultados y Discusión</b>	<b>30- 100</b>
5.1. Estilos docentes en los espacios de práctica pre-profesional	

5.1.1	-El docente como modelo “modelado”	30-35
5.1.2	El docente como guía “andamiaje”	36-41
5.1.3	De definiciones en los estilos de enseñanza en los espacios de prácticas pre-profesionales en el Área Salud.	41
5.1.4	De las necesidades del estudiante y los momentos del aprendizaje	42-46
5.1.5	De las concepciones pedagógicas consideradas por el docente, en estos espacios formativos.	46-48
5.1.6	De la presencia y ausencias del paciente en estos dispositivos de formación.	48-51
5.2.	Características de la enseñanza...la relación pedagógica.	52-91
5.2.1	Del sujeto paciente	53-60
5.2.2	Del sujeto estudiante	60-67
5.2.3	Del sujeto docente	68-71
5.2.4	De los saberes	71-91
<b>CAPÍTULO 6. Conclusiones</b>		<b>92-100</b>
6.1.	Los docentes construyen estilos específicos de enseñanza en los espacios de formación pre-profesional en el Área Salud.	92-94
6.2.	Posibles sentidos que el docente construye en estos espacios de formación.	94-95
6.3.	La singularidad de la relación pedagógica en el Área Salud, construída entre el docente, el estudiante, el paciente y los saberes.	95-100
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>		<b>101-106</b>
<b>ANEXOS</b>		<b>107</b>

## RESUMEN

El objetivo de esta Tesis es comprender la singularidad que se funda en la relación pedagógica en los espacios de formación pre-profesional, en el Área Salud de la Udelar, en un aula que pone en relación al docente con el conocimiento, el estudiante y un otro paciente o comunidad.

Fueron cinco los Servicios del Área Salud que se tomaron; Facultad de Enfermería, Facultad de Medicina, Facultad de Odontología, Facultad de Psicología y la Escuela de Nutrición y Dietética. Este recorte surge de seleccionar aquellos Servicios que presentan propuestas pedagógicas en el marco de las prácticas pre-profesionales en el ámbito de la clínica. Se entrevistaron a docentes que trabajaran en el ámbito de la clínica de adultos, entendiendo éstas como espacios característicos de la formación pre-profesional en el Área Salud. Se utilizó como técnica para la recolección de datos, entrevistas individuales en profundidad. Los resultados de la presente investigación mostraron que los docentes desarrollan un estilo de enseñanza específico que contempla la presencia de un tercer sujeto, el paciente. El estilo “bucle” construye una enseñanza dinámica, en continuo movimiento; abierta y receptiva al acontecer, transitando entre figuras ( modelo y guía) que actúan que sostienen y acompañan al estudiante en su práctica pre-profesional. Sitúa al docente entre estas figuras generando un par dialéctico y espiralado. En cuanto a los sentidos que los docentes le otorgan a la enseñanza se identifican la experticia y el sentido del legado. La presencia del tercer sujeto (el paciente) en la relación pedagógica en los espacios de las prácticas preprofesionales, en el Área Salud y en el ámbito de la clínica configura una singularidad de dicha relación. En estos espacios formativos se conforma una relación pedagógica cuaternaria y su representación es romboidal.

**Palabras claves:** Enseñanza universitaria, formación pre-profesional, singularidad área salud

## INTRODUCCIÓN

En esta tesis se investigó acerca de los sentidos dados por los docentes del área salud a su experiencia en las prácticas pre-profesionales en la clínica de adultos.

Se buscó conocer si los docentes construyen estilos específicos de enseñanza en los espacios de formación pre-profesional en el Área Salud; posibles sentidos que los docentes otorgaran a la enseñanza en los espacios de formación de prácticas preprofesionales en el ámbito de la clínica de adultos. Así como la singularidad de la relación pedagógica en el Área Salud, construída entre el docente, el estudiante, el paciente y los saberes.

El objetivo de la presente tesis fue conocer la singularidad que funda la relación pedagógica en el Área Salud de la Udelar, en un aula que pone en relación al docente con el conocimiento, el estudiante y un otro paciente o comunidad.

Se realizó un estudio de carácter cualitativo, desde el abordaje narrativo.

Fueron cinco los Servicios del Área Salud que se tomaron; Facultad de Enfermería, Facultad de Medicina, Facultad de Odontología, Facultad de Psicología y la Escuela de Nutrición y Dietética. Este recorte surge de seleccionar aquellos Servicios que presentan propuestas pedagógicas en el marco de las prácticas pre-profesionales en el ámbito de la clínica.

Se entrevistaron a docentes que trabajaran en el ámbito de la clínica de adultos, entendiendo éstas como espacios característicos de la formación pre-profesional en el Área Salud.

Se utilizó como técnica para la recolección de datos, entrevistas individuales en profundidad

El texto se organiza en 6 capítulos: el primero aborda el problema de la investigación y la

justificación del mismo, el segundo presenta el objetivo general y los específicos de la investigación, el tercero introduce la metodología empleada, el cuarto desarrolla el marco teórico que orienta la presente Tesis. El quinto capítulo presenta los principales resultados de la investigación y el análisis de los mismos. El capítulo seis presenta las conclusiones.

## **CAPITULO 1. Problema de investigación y justificación del mismo**

### **1.1 Problema de Investigación**

El problema abordado en la siguiente investigación refiere a la enseñanza universitaria, en el área salud, que atravesada por la singularidad en la relación pedagógica de la presencia del otro en los espacios de formación pre-profesionales; construye la docencia en y con sentido/s específico/s. Sentidos construidos en la relación pedagógica entre el estudiante, el conocimiento, el docente y en esta área, se debe considerar la inclusión de los otros como co-constructores de la misma. La presencia de los otros implica una mirada y una tarea específica en un ámbito particular, donde lo que se aprende y el modo en que se aprende; así como lo que se enseña se articula con las singularidades del contexto en que se inscribe. La tarea docente en los espacios de práctica funciona, a su vez, en el entramado de la relación entre los conocimientos teóricos y las prácticas concretas que se requieren en los ámbitos específicos de la atención de la salud. Además, implica sostener la presencia del otro y su incidencia en el dispositivo pedagógico y en la propia experiencia docente.

El sentido de la experiencia docente en estos ámbitos se singulariza en el encuentro con los otros, otros actores sociales. Es en esta singularidad de la experiencia docente que parece pertinente desarrollar aportes a la educación superior, a la formación docente, a la enseñanza en prácticas pre-profesionales, etc.

### **1.2 Justificación de la investigación**

La presente investigación busca conocer y comprender la enseñanza universitaria

haciendo foco en los sentidos dados por los docentes del Área Salud, de la UdelaR a su experiencia en las prácticas pre-profesionales en la clínica de adultos. Entendiendo que es de prioridad conocer la situación de la enseñanza en general de la Universidad y en particular de cada Servicio, cada Área con el fin de producir conocimiento que favorezcan las prácticas de enseñanza y los procesos de aprendizaje en el marco de la nueva reforma de la Universidad. Desde, el 2001 y como primer movimiento hacia la profesionalización de la enseñanza en la carrera docente, se instrumentó el Proyecto Institucional “Formación Didáctica de los Docentes del Área Salud”, financiado y coordinado centralmente, conjuntamente con las otras Áreas Académicas de la UdelaR. Si bien la Universidad, por intermedio de la CSE, se ha planteado, desde hace unos años, la formación docente como mérito a considerar en los concursos docentes, es a partir del 2008 que intenta formalizarlo pero es en la nueva ordenanza de carrera docente (2011) donde se plantea como exigencia; exigencia que aún no se ha instrumentado ni formalizado como requisito para el ascenso en la carrera docente. Es tiempo de comprensión, concientización y articulación entre la profesionalización docente y la disciplinar; lo que conlleva a una doble formación y a la reflexión desde dos miradas en el momento de la reflexión de su práctica por parte del docente. Una doble profesionalización que en el espacio de formación delimitado por esta investigación, las prácticas preprofesionales en el ámbito de la clínica esta presente y es un componente intrínseco. La reflexión como parte de la formación pedagógica -didáctica aporta no solamente para la comprensión de la tarea en el aula sino también como posicionamiento para la docencia ante propuestas y cambios institucionales.

La Investigación evaluativa de las acciones de formación docente implementadas (2001 – 2004), realizada por los integrantes del equipo responsable del Proyecto “Formación didáctica de los docentes del Área Salud” permite visualizar algunas preocupaciones e

intereses de los docentes del Área.

Los docentes plantean como intereses predominantes la relación docente-estudiante, la motivación estudiantil, la evaluación de los aprendizajes, el manejo didáctico de la clase, entre otros. Pero hay una escasa referencia al tema vinculado a la relación pedagógica en presencia de terceros (paciente, comunidad, etc). En dicha investigación y en referencia a los trabajos por los docentes participantes se expresa poca articulación entre lo disciplinar y la formación pedagógica en la singularidad de la enseñanza ante la presencia del tercero u otro en la enseñanza de ésta área. Es interesante considerar que los docentes del área salud al reflexionar sobre sus prácticas de enseñanza hagan escasa focalización hacia la presencia de los “otros” ya que es un elemento singular y de incidencia, en la relación pedagógica de dicha área y que los diferencia de otras prácticas de enseñanza.

La práctica docente en este escenario implica una singularidad, en tanto que acompaña al estudiante que transita por la experiencia de formación entre su “ser estudiante” y su “ser profesional”.

Finkelstein y otros (2009) en su investigación acerca de “La enseñanza de prácticas profesionales de la Universidad” desarrolla dos formas de enseñanza relacionadas con el tipo de intervención que realiza el docente, expresando algo de lo singular de estos espacios de enseñanza. Una de las formas es la denominada “*modelado*” ya que el docente actúa como modelo de acción y competencia para sus estudiantes. Se tiende a un aprendizaje por observación, donde el estudiante observa e imita. Otra forma de intervención del docente es la de “*andamiaje*” en la cual el estudiante tiene mayor grado de autonomía y es quién realiza la tarea. El docente acompaña, guía y ayuda, considerando los grados de complejidad de la tarea planteada; oficia de andamio, sostén hasta que el estudiante funciona con autonomía y responsabilidad.

El docente a la vez, debe considerar la presencia de los “otros”. Artigas, S (2005) expresa la complejidad del dispositivo educativo en estos espacios de enseñanza que procuran articular docencia y extensión o asistencia. En esta complejidad debe considerarse la importancia de sostener la presencia de “otros” que participan y determinan las particularidades del dispositivo de enseñanza. Ante la consideración de los “otros” en los dispositivos planteados para las prácticas pre-profesionales en el área salud, surge cuestionarse sobre la conformación de la tríada pedagógica (docentes, estudiantes, conocimiento) ya que los “otros” son parte y producen en el encuentro.

## **CAPÍTULO 2. Objetivos generales y específicos**

### Objetivo general:

Comprender la singularidad que funda la relación pedagógica en el Área Salud de la Udelar, en un aula que pone en relación al docente con el conocimiento, el estudiante y un otro paciente o comunidad.

### Objetivos específicos:

Reconocer lo que les pasa a los docentes en sus prácticas de enseñanza, ante el encuentro con el otro.

Visibilizar la interpelación y reflexión pedagógica que vive el docente, ante la singularidad de enseñar en los espacios de formación pre-profesional y ante la presencia del otro.

Identificar las características que adquiere la enseñanza en estos espacios formativos.

Comprender el sentido o los sentidos que los docentes le dan a la enseñanza en los espacios de formación pre-profesional, a partir de su experiencia.

### Preguntas que busca responder el proyecto

La enseñanza en el Área Salud, ¿funda una singularidad en la relación pedagógica ante la presencia del “otro”.? A partir de esta singularidad, ¿qué características adquiere la enseñanza? ¿Cuál es la experiencia docente? ¿Qué acontecimientos significativos ha vivido al enseñar ante la presencia de ese “otro”?

¿El docente se ve interpelado a pensarse pedagógicamente ante la singularidad de estos

espacios formativos?

La experiencia docente en los espacios de formación pre-profesional, ¿construye sentido/s específicos en la enseñanza?

### **3.- MARCO TEÓRICO**

#### **3.1.- La relación pedagógica.**

La relación pedagógica se funda necesariamente en el encuentro que se produce entre sujetos en un espacio de formación. La relación pedagógica tiene lugar en el encuentro entre sujetos (docente-estudiante), y en el de éstos con los saberes de sí, de los otros y del mundo (Charlot, 2000 en Hernández, 2011). *“La relación pedagógica aparece entonces cuando existe una experiencia de encuentro de subjetividades y saberes”* Es un encuentro de a tres, con dos sujetos, donde además del conocimiento disciplinar específico y desde la situación de enseñanza particular, circulan los saberes diferenciados de cada uno de los sujetos que constituyen e inciden en la relación pedagógica. Se diferencia conocimiento de saber, en tanto el saber es resultado de la relación que tiene el sujeto con un objeto de conocimiento (Zambrano,2006) pero a su vez el saber es un proceso creador, construido en las relaciones del deseo de saber, la historia, el psiquismo y la dimensión sociocultural (Beillerot, 1998; Blanchard, 1998). Asimismo, el saber comprende las prácticas de reflexión sobre algo ya obtenido, sobre algo que se tiene una idea. (Zambrano,2006). Entonces el conocimiento queda ligado a un campo un objeto o cosa específico, del cual se tiene un dominio. El saber incluye al conocimiento pero es tamizado por la experiencia, el deseo del sujeto en un contexto socio histórico cultural determinado. Con lo cual, se explica el hablar de saberes y de saberes diferenciados en el docente y en el estudiante.

La relación pedagógica no se puede pensar como una relación estática sino como relaciones que se mueven, transitan y desplazan en múltiples direcciones y bajo los más diversos significados. (Zambrano,2006). Este autor complejiza la noción de relación

pedagógica ya que además de ser una relación que se construye en un encuentro entre sujetos en un contexto particular, es decir es una relación singularizada es a la vez una relación singularizada en la multiplicidad de encuentros que se producen. Es decir, se conforma una relación pedagógica singularizada y relaciones pedagógicas múltiples en contextos particulares y diversos, con lo cual se generan variados significados.

Hernández (2011) en la presentación del texto *Pensar la relación pedagógica en la Universidad desde el encuentro entre sujetos, deseos y saberes*, realiza una síntesis de varios autores que diversas miradas definen la relación pedagógica. Se toman algunas de estas definiciones por entender que abordar la perspectiva conceptual de este estudio.

- ✦ *enseñar en función de la relación con los estudiantes.* (Carla Padró y Aída Sánchez de Serdio).
- ✦ *promover situaciones que enfatizan la circulación de saberes* (Mónica Fantín).
- ✦ *La reflexión sobre la propia experiencia como aprendiz (de los docentes y estudiantes) y la posibilidad de recuperar situaciones, sensaciones y sabores de experiencias donde se han visto implicados, para así dar sentido a las experiencias presentes que unos y otros están viviendo en la universidad* (José Miguel Correa)

Estas tres ideas posicionan a la relación pedagógica en lugares diferenciados; como una construcción desde el encuentro con el estudiante, una situación donde circulan saberes y una experiencia de reflexión. Blanchard (1996) expresa que en la relación pedagógica “... *la transferencia didáctica está hecha a la vez a partir de la relación, del vínculo con los alumnos, no siendo éste independiente de la relación con el saber que el docente manifiesta en la situación enseñanza. Son dos cosas ligadas y configuran la organización que se proyecta en el espacio de la clase.*” (1996:81)

Las siguientes nociones, se centran fundamentalmente en la idea de la relación pedagógica como encuentro entre sujetos en un tiempo particular y que se constituyen en el mismo.

- ⤴ un modo aprender, sino de ser,... juntos y en reciprocidad, a partir del encuentro de sujetos (Hernández)
- ⤴ una relación entre docentes y estudiantes que se construye (o se puede construir) con un punto de aceptación y reconocimiento mutuo, con un punto de confianza, con un punto de curiosidad, con un punto de empatía, con un punto de afecto, con un punto de emoción, con un punto de responsabilidad y con un punto de desapego (Juana María Sancho).
- ⤴ Un encuentro único entre personas, en un contexto y en un momento concreto, particular en el que se consensuan unas expectativas, unas metas y la generación de conocimiento compartido (Anna Forés, José María Carmona y Diana Puigserver).

Por último, tomo la concepción desarrollada por Luispe Gutiérrez en la compilación realizada por Hernández (2006) *“...la relación pedagógica, entendida como el flujo que surge de la interacción de profesores-contenidos culturales-alumnos, conforma la pura razón de ser de la Universidad”*

El movimiento, el cambio, la interacción y afectación mutua, parecen ser ideas claves de la relación pedagógica.

*“Porque la relación pedagógica tiene que ver no sólo con el aprender información o conocimientos, sino también maneras de ser,... juntos y en reciprocidad.*

*Desde los lugares que cada cual ocupa y elige. Es una opción que se escoge, que no viene dada sino que se (re)inventa en cada experiencia de relación (en cada curso, con*

*cada grupo). Por eso la relación pedagógica no es igualitaria, ni horizontal pero sí recíproca. Afecta y nos afecta. La relación tiene que ver no sólo con lo que sucede, sino con lo que nos sucede. Con lo que tiene lugar en cada uno de nosotros cuando entramos a pensarnos, precisamente, desde la relación pedagógica” (Hernández,2008;8)*

### **3.2 La experiencia, la formación.**

Posicionarse en la relación pedagógica implica que los sujetos que la componen deberían pensarse en un vínculo, en relación con un otro, otro sujeto, otro conocimiento, otro contexto. Lo que interpela a comprender, a pensar y pensarse desde los afectos, las emociones, las historias personales, las motivaciones, los deseos.

Gadamer considera el fenómeno de la comprensión como modo de ser del hombre en el mundo y en la historia; plantea que la capacidad interpretativa generadora de sentido que el ser humano tiene, posee como límite, la conciencia de la alteridad del otro. El otro que además del límite, es posibilidad...posibilitando el encuentro. Un “otro” que interpela, que pregunta. En aquellas prácticas de enseñanza donde la relación pedagógica se funda ante la presencia del otro y es afectado por éste, constituye a los sujetos, que forman parte de éstas práctica, en sujetos de la experiencia.

J. Larrosa piensa “... *la experiencia no desde la acción sino desde la pasión, desde una reflexión del sujeto sobre sí mismo desde el punto de vista de la pasión. El sujeto de la experiencia no es en primer lugar, un sujeto activo, sino que es un sujeto pasional, receptivo, abierto, expuesto.*”(2003:4) Con lo cual, en la relación pedagógica, tanto el docente como el estudiante de la experiencia se posiciona en un lugar de receptividad, de disponibilidad, de exposición que lo interpela a ver su propia fragilidad, vulnerabilidad, ignorancia e impotencia

Larrosa (2009), des-pragmatiza la palabra experiencia al pensarla como lo que me pasa, lo que le pasa al docente, lo que le pasa a estudiante y que no es intencional, ni voluntaria es pasión.

A su vez, la experiencia en tanto elaboración del sentido y sin sentido de la vida permite afrontar el desasosiego que acompaña la práctica misma, la incertidumbre de enseñar vinculada a otro distinto a mí...la alteridad. Desde la presencia de la alteridad, del otro es posible la experiencia; una experiencia vinculada a lo sensible, y como tal es subjetiva. Experiencia que reconoce un saber subjetivo constructor del ser docente y del hacer docente; saber subjetivo que en el vínculo pedagógico, en la situación concreta de enseñanza puede producir una específica experiencia docente. Experiencia docente que supone reflexión; en tanto implica un encuentro con el acontecimiento, un ir hacia él y desde éste la afectación que genera al docente, una vuelta que lo afecta. (Larrosa: 2009). Desde esta noción de experiencia, entonces el estudiante también construye una experiencia específica, relacionada con lo que se produce y produce en el encuentro, generándose así una mutua afectación entre docente y estudiante. Afectación que transforma y desarrolla crecimiento personal y profesional en ambos. Entonces, de lo expresado se puede hablar de una experiencia formativa.

La formación entendida como una dinámica de desarrollo personal compleja, en donde "uno se forma a sí mismo" a través de las experiencias vividas, solo o en situación con otros.

Blanchard (1998) considera que formarse es tener conciencia de ser afectado por lo que acontece, por lo que se siente, padece o goza. Formarse es un proceso directamente relacionado con la experiencia emocional, lo sentido y los sentidos, la experiencia propiamente dicha. Skliar (2007) la define como el proceso por el cual el sujeto es

afectado por la presencia y perturbación del otro; lo que lo lleva a crear nuevas formas de ver y verse. La formación para Ruiz Barbot (2009) implica una co-experiencia, una relación con otros sujetos y una relación con el sí mismo. Una co-experiencia de comprensión de lo que uno es y va siendo con los otros, de los desafíos que enfrenta, de las condiciones existenciales que lo atraviesan.

Así, la relación pedagógica puede ser entendida como una experiencia atravesada por lo pedagógico.

### **3.3 De la relación pedagógica en un espacio de práctica pre-profesional: la clínica.**

La relación pedagógica centrada en un espacio formativo como son las prácticas pre-profesionales tiene como particularidad que el encuentro se da entre tres sujetos (el docente, el estudiante y el paciente), lo que le otorga mayor complejidad. Complejidad que, a su vez, se ve incrementada por ser un espacio donde se conjuga lo pedagógico con el hacer profesional. Artigas, S (2005) expresa la complejidad del dispositivo educativo en estos espacios de enseñanza que procuran articular docencia y extensión o asistencia. En esta complejidad debe considerarse la importancia de sostener la presencia de “otros” que participan y determinan las particularidades del dispositivo de enseñanza. Ante la consideración de los “otros” en los dispositivos planteados para las prácticas pre-profesionales en el área salud, surge cuestionarse sobre la conformación de la tríada pedagógica (docentes, estudiantes, conocimiento) ya que los “otros” son parte y producen en el encuentro.

Tomando los planteos de la pedagoga argentina Marta Souto, Elsa Gatti (2009) en su

ponencia sobre “pedagogía y currículo universitario” dice que el docente universitario es *“un profesional con una doble vía de profesionalización: la profesión de origen en un campo específico disciplinario y la profesión de docente universitario”*. Y a su vez *“un profesional polivalente que cumple múltiples funciones*. (docencia de grado y posgrado; investigación; extensión; ejercicio profesional; gestión universitaria; entre otros.) En este sentido, el docente universitario es un profesional cuya tarea es enseñar, enseñar investigando, enseñar desde la extensión, enseñar desde sus experiencias profesionales, enseñar a reflexionar y producir en la incertidumbre del cambio, enseñar en el encuentro con los otros, etc.

Con lo cual, el docente debe moverse entre dos lógicas, la lógica pedagógica y la lógica profesional. Lógicas que se articulan y a la vez, por momentos pueden fundirse ya que en el acto profesional se puede producir la enseñanza y a la inversa.

La docencia universitaria en las prácticas pre-profesionales implica la formación de estudiantes desde la disciplina específica pero con la mirada centrada en el hacer profesional, en el campo laboral y a su vez interactuando en el mismo.

Las prácticas pre-profesionales entendidas como prácticum refieren al período formativo que ubica al estudiante en la responsabilidad del “como sí” profesional en un espacio donde se interrelacionan la Universidad con espacios sociales (públicos y privados). Estudiante que se encuentra en la tensión de la formación y el desempeño de la actividad profesional en el campo real.

Al docente le implica una fuerte puesta de los aspectos éticos, con un doble abordaje ético: la ética docente y la ética profesional. El docente transmite y pone en juego su ética profesional, códigos éticos con una deontología profesional y la ética en la enseñanza.

Éticas a su vez delineadas por la ética personal del docente y de las instituciones académicas y de práctica. Escenario donde también confluyen los saberes éticos de los estudiantes, de los “otros” y la singularidad de la situación.

Con lo cual el docente tiene que “...implicarse *en el debate ético dentro y fuera del aula, no para convertir su disciplina en una asignatura ética, sino para hacer ver que ella tiene un dimensión práctica de la que el profesor que la enseña y el profesional que la aplica son responsables*”(Hortal:2002:21;citado por Benitez,C.:2006:128). Una postura ética en el ejercicio de la docencia, implica una actitud crítica y reflexiva de su ser docente. Con lo cual en estos espacios de formación el docente debe identificar los tiempos de formación, de enseñanza y los tiempos de intervención en función de los riesgos posibles de la situación planteada o de los sujetos en atención. Es decir tendrá que posicionarse y reflexionar como profesional docente o profesional de su disciplina en función del acontecer de dicho espacio y de las interacciones planteadas entre él, el estudiante y los otros.

Este estudio toma el ámbito de la clínica por ser uno de los espacios de formación pre-profesionales del Área Salud, donde el profesional docente se posiciona junto al estudiante en el lugar de profesional disciplinar en la interacción con el sujeto o la comunidad. La clínica es un espacio disciplinar específico que pretende prevenir y diagnosticar, para la búsqueda de la solución del o los problemas presentados por los sujetos.

En el ámbito de la clínica se construye la formación de profesionales en una de las especificidades de la disciplina, donde “...se piensa lo que se hace mientras se está haciendo” (Finkelstein;2003;4). Tanto el docente como el estudiante se enfrentan a la resolución de la situación en el momento.

La docencia como una práctica social compleja e interactiva se construye, en el Área Salud, a partir de un saber y desde la producción de saberes que se dan en el encuentro con el “otro”, otro estudiante, otro usuario, otro docente, etc.

Por lo cual, las prácticas de enseñanza y las prácticas pre-profesionales del estudiante tendrían que dialogar y constituirse en “prácticas reflexivas” para los docentes. Schön(1983,1987) y Barnett (1992) aluden a la misma como el “medio de reforzar las capacidades críticas y reflexivas del alumno” (Brockbank; McGill: 2002). Capacidades críticas y reflexivas de ambos actores (docentes-estudiantes) que permite cuestionarse e interrogarse acerca de su pensamiento y hacer, buscando la comprensión y el ejercicio de una práctica de enseñanza y profesional.

La práctica docente en este escenario implica una singularidad, en tanto que acompaña al estudiante que transita por la experiencia de formación entre su “ser estudiante” y su “ser profesional”.

## CAPÍTULO 4.- METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de carácter cualitativo, desde el abordaje narrativo; entendiendo que desde esta metodología es posible dar significado y comprender, desde los relatos, los modos como los sujetos-docentes dan sentido a sus experiencias. “... *la narrativa es una estructura de construcción de significados. Los humanos piensan, perciben y dan sentido a la experiencia de acuerdo a estructuras narrativas*”( Bolivar:2001:23).

De esta forma, el estudio fue definido por su orientación teórica, en la comprensión de los sentidos dados por los docentes del área salud a su experiencia en las prácticas pre-profesionales en la clínica de adultos.

En este estudio se decidieron los siguientes recortes:

Recorte institucional: se tomaron cinco Servicios del Área Salud; Facultad de Enfermería, Facultad de Medicina, Facultad de Odontología, Facultad de Psicología y la Escuela de Nutrición y Dietética. Este recorte surge de seleccionar aquellos Servicios que presentan propuestas pedagógicas en el marco de las prácticas pre-profesionales en el ámbito de la clínica.

Recorte temporal: El trabajo de campo se realizó en el segundo semestre del 2013 con docentes de los Servicios seleccionados.

Recorte de la población de estudio y técnicas utilizadas: Se decidió entrevistar a 15 docentes, buscando el efecto saturación, que trabajaban en el ámbito de la clínica de adultos, entendiendo éstas como espacios característicos de la formación pre-profesional en el Área Salud. Se definió la adultez como el período comprendido entre los 25 y los 60 años (adulto joven y adulto medio). En cada Servicio se realizaron tres entrevistas a docentes , que además de trabajar en estos espacios pedagógicos, tuvieran diferentes grados y antigüedad como docentes en su institución y que permitiera una visión global

del área. Tomando como criterio la antigüedad, se pretendió contemplar franjas por períodos de 10 años de docencia, cada una; de esta forma se construyeron cuatro franjas (franja 1: entre 1 a 10 años; franja 2: entre 11 y 20 años; franja 3 entre 21 y 30 años y la franja 4: 31 o más años).

Se utilizó como técnica para la recolección de datos, entrevistas individuales en profundidad, por ser una técnica que permite recoger el sentido que cada entrevistado le atribuye al fenómeno en estudio. Se elaboró un guión o pautas (ver anexos) para la entrevista en profundidad que abordó los temas a cubrir de acuerdo a las preguntas y objetivos de investigación. El guión no pretendió proporcionar formulaciones textuales de preguntas, así como tampoco un orden a seguir sino que operó como guía y orientador en las entrevistas.

Recolección de datos y procesamiento de la información.

Los entrevistados fueron contactados por el entrevistador de forma telefónica para agendar la entrevista.

Se entrevistaron a cuatro docentes grado II, siete docentes grado III, dos docentes grado IV y dos docentes grado V. Finalmente se hicieron entrevistas en la franja 1 a dos docentes, en la franja 2 a cinco docentes, en la franja 3 a siete docentes y en la franja 4 a un docente.

La *saturación teórica* guió la recolección de datos, ya que al no aparecer conocimientos nuevos (categorías o propiedades de las mismas categorías), sino que la información mostró una reiteración de categorías o propiedades ya relevadas se finalizaron las entrevistas.

A efectos de resguardar y asegurar al entrevistado el anonimato, la confidencialidad y su derecho a decidir si era de su interés participar en la entrevista; se le informó de la no obligatoriedad de su participación y la ausencia de consecuencias si expresara su

negativa a ser entrevistado, a su vez se le solicitó el consentimiento informado, previa explicación y acuerdo entre ambas partes. Se aseguro la confidencialidad , informando que en lugar de su nombre iría una codificación.

Las entrevistas fueron grabadas con la autorización de los entrevistados, siendo informados de los motivos de hacerlo ( no generar sesgos, ni errores en la transcripción).

Las entrevistas fueron registradas en grabador digital y desgrabadas en procesador de texto para su posterior sistematización.

El procesamiento de la información se realizó por medio del software maxQda, que permitio la elaboración de categorías y realizar el análisis de las mismas.

Los datos obtenidos fueron codificados de manera diacrónica y sincrónica de manera de buscar temas comunes de las narraciones realizadas, así como aquellas ideas significativas que aparecen en algunos discursos. La construcción de las categorías derivó de la articulación teoría previa propuesta y desde los datos recogidos, las narraciones de los sujetos.

De los relatos docentes se construyeron cuatro categorías, de forma de poder abordar las preguntas y los objetivos planteados en este estudio. A su vez, en cada categoría se construyeron subcategorías:

1.-Categoría Docente, esta categoría engloba los contenidos del discurso docente que hablaran acerca de sus estilos de enseñanza(1.1), de una actitud reflexiva de su práctica (1.2) y aquellas ideas específicas que aparecieron y aisladamente (1.3)

2.- Categoría Paciente, se codifica aquello que los docentes cuentan acerca del lugar que tiene el paciente en estos espacios formativos, tanto desde lo asistencial como de lo pedagógico. Se identificaron tres lugares: como colaborador (2.1); como sujeto que

permite procesos de enseñanza y de aprendizaje (2.2) y como sujeto en relación con el saber (2.3)

3.- Categoría Estudiante, se toma lo que los docentes expresan sobre el sentido que este espacio formativo le brinda como aprendizaje a los estudiantes. Se relatan tres sentidos: como lugar de experiencia (2.1); como lugar de crecimiento (2.2); como lugar para posicionarse como profesional (2.3).

4.- Categoría Saberes, se contemplan los saberes que los docentes relatan como constituyentes de la enseñanza, a efectos de lograr un adecuado proceso de aprendizaje. Los saberes enunciados son cinco: el saber disciplinar (4.1); los saberes actitudinales (4.2); lo vincular (4.3); el sentido común (4.4); el razonamiento clínico (4.5).

## CAPITULO 5 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 5.1 - Estilos docentes en los espacios de práctica pre-profesional

El docente a cargo de un espacio formativo desarrolla un estilo de enseñanza que definirá su práctica.

El estilo entendido como el “...conjunto de disposiciones relativamente invariantes que caracterizan el ejercicio profesional de un sujeto singular en situación de trabajo.” (en Lucarelli - Andreozzi, 1996). Rendón (2010) se refiere a los estilos de enseñanza como las formas en que se configura el proceso de enseñanza y de aprendizaje en un contexto específico; expresándose por actitudes, comportamientos y procedimientos en la práctica del docente. A su vez, considera que los estilos son dinámicos, contemplando la situación del proceso educativo, las características docentes, su experiencia en lo educativo y profesional. Por otra parte, Pinelo (2008) se focaliza para definir el estilo de enseñanza en la forma personal en que el docente actúa “ ...sus actitudes y aptitudes, potencialidades y debilidades...”( Pinelo;p.1) y en los estilos de aprendizaje de los estudiantes.

Con lo cual, nos encontramos que el estilo puede ser concebido como las invariantes que se desarrollan en el espacio formativo; invariantes del ejercicio profesional que paradójicamente pueden cambiar, ya que cada espacio de enseñanza provocaría diversas formas de enseñar en función del contexto, la situación educativa planteada, las actitudes y aptitudes del docente y el estilo de aprendizaje del estudiante. Contemplando la diversidad de posibles determinantes en la configuración de la enseñanza, parece posible pensar los estilos docentes también, desde las variantes que en este espacio se encuentran. Así, los estilos se desarrollarían y configurarían desde las disposiciones invariantes y las variantes que conforman este espacio. Un espacio donde el estudiante

debe posicionarse como profesional de la salud en el ámbito de la clínica. La enseñanza en este ámbito se complejiza en tanto se produce un encuentro entre tres sujetos (docente-estudiante-paciente) y en una situación donde es necesario la resolución del problema planteado en el momento. En la clínica donde, desde cada disciplina se intenta la búsqueda de soluciones, la enseñanza implica su desarrollo a partir de la contemplación de la presencia del paciente y en la inmediatez que plantea la misma. El paciente, las características de la formación en la situación clínica enfrenta al docente a considerar variantes particulares para su práctica

La docencia en estos espacios formativos de prácticas pre-profesionales, parecen asumir estilos docentes con modalidades de intervención específicas para el desarrollo de actividades y aprendizajes de los estudiantes. En estos espacios, coincidiendo, ampliando y problematizando con lo enunciado por la investigación realizada por Lucarelli(2009), los docentes hacen referencia a dos estilos, que de forma itinerante, despliegan. Estilos que se construyen y despliegan a partir, por un lado, de invariantes que facilitan y promueven la enseñanza; por otro, de variantes que se presentan en estas situaciones y que le plantean al docente decisiones pedagógicas estables y cambiantes. Lo cual parece, exponer al docente en lo paradójico entre lo estable y lo cambiante; entre la elección e itinerancia de un estilo u otro.

### **El docente como modelo... “modelado”**

*"Mostrar; proceder; actuar; demostrar."*

*"Adquirir modelo; ver en terreno."*

Uno de estos estilos es el modelado donde el docente es *modelo*, donde el aprendizaje se desarrolla por observación e imitación. El docente enseña a partir del desarrollo de la

tarea asistencial, de su accionar disciplinar mientras el estudiante mira, toma como referencia el hacer del docente y aprende.

*“... como yo digo, llegó la hora de agarrar la turbina, muchas veces, cuando vemos que el grupo está como que les cuesta salir, es cuando yo agarro la turbina y les muestro cómo se hace, directamente, porque veo como que no se animan o que están trancados...”(D4)*

*“Yo creo que nosotros, nos guste o no, queramos o no, oficiamos como modelo, eso es como, me parece inevitable, podrá asumirlo más o menos, pero creo que es así, que, de la misma manera que para uno, sus docentes oficiaron como modelo y uno quiere ser como fulano o no quiere ser como fulano, como otro, creo que esto está presente en la docencia y que mucho más en un ámbito en el que esto de que la práctica tradicional está absolutamente enlazada con la docencia y no es un docente que te va a hablar de algo allá y nadie sabe cómo es en su vida profesional, acá es como algo que está, no puede separarse y me parece que, en alguna medida, eso sucede.”(D10)*

*“...la mejor manera de transmitirlo sería, justamente, en sala, haciéndolo; haciéndolo uno y que el otro mire...Y entonces, la otra persona aprende de eso. Eso es muy tradicional en la Medicina, es, viene del fondo de los tiempos, o sea, el maestro tenía siempre un discípulo que lo acompañaba y que iba aprendiendo.”  
(D11)*

Los docentes relatan el modelado como un estilo de enseñanza particular de estos espacios y la elección por esta forma de enseñanza contemplaría diversos componentes dependiendo de la situación planteada.

Algunos docentes entienden que esta modalidad surge a partir de la propia necesidad o ante el pedido del estudiante. Generalmente se da esta situación cuando los estudiante están al comienzo de su práctica y desde el temor, la ansiedad de no saber, el equivocarse, la responsabilidad o la falta de experiencia los lleva a observar, mirar al

docente en el ejercicio de su práctica profesional para confirmar y/o afianzar su propio hacer profesional. Desde esta perspectiva y en este momento del proceso educativo, podríamos pensar que se pone en juego un modelo pedagógico centrado en el saber, en el saber hacer del docente, quedando el estudiante en el lugar del aprendiente observador-pasivo. Es un estilo que parecería tomar una modalidad muy tradicional donde el estudiante sigue, acompaña al docente para aprender. De todas formas surge como primer movimiento para pasar luego a un estudiante autónomo. Una vez que el estudiante se afianza, se establecerían otras relaciones entre el estudiante y el docente; lo que implicaría por parte de este último la elección de otro estilo.

El estudiante que inicia su práctica pre-profesional estaría necesitando ver como se establece y configura el encuentro con el otro-paciente, conocer las características de atención en ese contexto; es decir conocer, comprender y adaptarse a un medio que le es desconocido desde lo vivencial.

Por lo cual, el docente se ve interpelado a mostrar, a demostrar, a actuar para facilitar, motivar y habilitar el aprendizaje y hacer del estudiante.

Otra situación que cuentan los docentes por la cual éste estilo se pone en marcha es por considerarlo condición para la docencia en estos espacios. En estos espacios formativos el docente es figura responsable de la enseñanza y la asistencia para lo cual cuenta y transmite saberes, no sólo desde su decir sino también desde su hacer. Son varios los autores que se refieren a los saberes que el docente debería tener para su práctica; un *saber disciplinar*, el saber específico de la disciplina (Tardif, 2004); un *saber hacer*, la capacidad de usar el saber pertinente para el contexto de forma de comprenderlo y lograr la transformación (Callejas, 2005); un *saber experiencial*, sentidos y significados construidos a partir de su experiencia docente y profesional (Tardif, 2004); *saber comunicar*, relacionado a los modos de interacción que se producen en el acto educativo-

asistencial; *saber ser*, se construye a partir de lo actitudinal, los valores, el respeto. (Callejas, 2005). En el encuentro con el otro, otro estudiante, otro paciente, los docentes piensan que hay saberes que por momentos es necesario transmitir desde el propio hacer, mostrando porque desde el relato no sería la forma que el docente encuentra para enseñar esos saberes y a su vez, parecería ser la forma que el estudiante los comprenda. Poder mostrar un saber disciplinar en el Área Salud, donde muchas veces es necesario desarrollar técnicas y procedimientos específicos, no siempre es posible desde el discurso y desde la imagen ( fotografía, videos) sino que el mostrar “in situ” y con el paciente sería fundamental para su apropiación. El saber comunicar, el saber hacer y el saber ser exigen un tiempo de escucha, reflexión y de experticia. Transmitir sentidos, modos de interacción, valores, actitudes requiere un mostrar como primer movimiento para que luego el estudiante viva la experiencia, “pase por ella” al decir de Larrosa (2005) y se apropie de ella.

El docente transmite desde su propio hacer, desde su modelo, experticia y saberes; condición necesaria en este espacio de enseñanza en esta área de conocimiento. Parece indiscutible que el docente debe transmitir sus saberes, tanto para compartirlos desde su experiencia como por el pedido del estudiante, lo que no se puede dejar de considerar que en la sociedad del conocimiento actual esos saberes son cambiantes y en el campo de la salud, a su vez los saberes requeridos también son cambiantes. Las disciplinas en el Área Salud, en el ámbito asistencial interpelan al docente a una enseñanza cargada de saberes disciplinares y profesionales, atravezados por un encuentro de a tres (docente-estudiante-paciente-usuario) que implica desarrollar habilidades comunicacionales, vinculares, actitudinales y haceres específicos que requieren un mostrarse para transmitirse. En este transmitir desde el mostrarse, desde el hacer podría pensarse si también no va acompañado de un relato docente, de un ir narrando desde la propia

experiencia lo que se va haciendo. Un acompañar el hacer con el decir de la experiencia, ya que en el interjuego entre el hacer y el decir se intentaría abrir modelos de enseñanza simultáneos, promotores y facilitadores de diversas formas de circulación y apropiación del conocimiento. Escuchar y ver pueden producir en el estudiante procesos de aprendizaje diferentes y complementarios.

*“...Lo hago yo las primeras veces, sí, para que ellos vean y, más que nada, para romper como esa cuestión del hielo con el paciente, el acercarse,....,para mostrar lo vincular...” (D13)*

*“...lo ven ellos cuando nosotros actuamos, cuando nos sentamos al lado del paciente, lo saludamos...y el estudiante aprende eso, nos ve a nosotros actuar” (D4)*

Por otra parte, también podemos encontrar que esta forma de enseñanza es una decisión pedagógica del docente. Decisión pedagógica en tanto el docente entiende que el *aprendizaje por recepción* (Ausubel en Madruga:2003), por imitación es una adecuada modalidad de enseñanza en estos espacios. En este caso, el estudiante recibe la información, los contenidos, lo procedimental a aprender y debería comprender y asimilar para luego poder reproducirlo. El docente queda posicionado en el lugar de poseedor de saberes que el estudiante debería aprender por imitación. Surge la pregunta si es posible el aprendizaje por recepción en estos espacios considerando lo incierto de un espacio que se conforma de a tres y que uno de estos tres, los pacientes y sus situaciones pueden requerir, saberes y haceres muy diversos. Entiendo, que este tipo de aprendizaje puede ser posible ya que habilitaría al estudiante un pensarse en situación a partir de poder ver

el hacer del docente y poder darle un sentido y significación propia, fundamentalmente en lo relacionado a actitudes, lenguaje a emplear, formas de vincularse y hacer circular los saberes. Con lo cual, como plantea Ausubel (1978) se podría hacer referencia a un *aprendizaje por recepción significativo*. Es decir un aprendizaje donde el estudiante lo que aprenda tome un sentido a partir de sus saberes previos, por lo que debe tener saberes a la hora de pensarse en su práctica y a su vez ubicarse en una actitud activa, motivada y atenta. Le implicaría al estudiante interactuar entre las ideas, los conceptos, lo procedimental que aprendió en un contexto aúlico y lo que hoy puede ver en el hacer docente para cuestionar, reflexionar y construir su estilo profesional o “modelo profesional” [Andreozzi(1996), p. 22]. Conformando así, su identidad profesional determinada por el deber ser profesional y construida en situaciones de formación: espacio de socialización profesional. De esta forma el estudiante no tiene un lugar pasivo ya que *“..focaliza su atención en los aspectos más importantes, memoriza las indicaciones e instrucciones, comprende el significado de la actividad identificando los pasos a seguir, de manera que, en etapas ulteriores, pueda realizar progresivamente esos procedimientos, inicialmente con poca precisión, para finalmente poder llevarlos a cabo en forma autónoma después, a fin de perfeccionar sus destrezas.* [Valls (1995)]  
tomado de Lucarelli (2008)

El docente decide mostrarse, poner en juego sus saberes para provocar el aprendizaje. Se expone como dice Larrosa y hay que exponerse para habilitar al otro un lugar de sentimientos, pensamiento y aprendizajes para que desde allí pueda ir construyendo el sentido de su futura práctica profesional.

Así, desde el modelado, el docente muestra a pedido del estudiante, decide su forma de enseñanza y es condicionado en esa forma para desarrollar la enseñanza en estos espacios de práctica pre-profesional en el Área Salud.

## El docente como guía ... “andamiaje”

“Acompañar; orientar; apoyar  
escuchar; observar ”

Otra forma de enseñanza descrita por los docentes es la que el docente funciona como guía; siendo el que orienta, sostiene y acompaña el aprendizaje del estudiante. En el texto de Lucarelli(2009) se refiere a éste como estilo “andamiaje”. Conceptualización que tomo ya que entiendo comprende la idea de guía y la enriquece. Desde la teoría sociohistórica de Bruner (1988,1997), el andamiaje es una estructura de sostén del aprendizaje, de forma que el estudiante pueda realizar actividades que estarían por encima de sus capacidades y competencias individuales actuales pero que las lograría con el apoyo -andamiaje del docente.

Este aprendizaje se realiza de forma procesual en donde se busca la autonomía del estudiante, por tanto éste debería lograr realizar sus tareas sin la presencia del docente.

La autonomía “... supone ser capaz de tomar decisiones guiadas por las orientaciones de los profesores, interpretando y operando sobre el mundo a través de los significados y procedimientos que la universidad les cedió en su día” (Monereo:2003:25).

Tomar el concepto de andamiaje inevitablemente lleva a considerar el concepto desarrollado por Vigotsky de Zona Desarrollo Próximo y que la define como “... aquellas funciones que todavía no han madurado, pero que se hallan en proceso de maduración, funciones que en un mañana próximo alcanzarán su madurez y que ahora se encuentran en estado embrionario.” (Vigotsky:1988:133). La ZDP refiere al espacio de construcción de conocimiento configurado entre el nivel de dificultades que el sujeto puede resolver en situaciones (NDReal) y aquellas que puede resolver con ayuda en su nivel de desarrollo

potencial(NDP)

La ZDP implica poner en funcionamiento una serie de “procesos evolutivos internos” (Vigotsky;1988) a partir de la interacción con un otro que colabore para ello. Tanto en el concepto de andamiaje como en el de ZDP parece construirse el aprendizaje si uno de los que integran la interacción es un “experto”, capaz de transmitir un saber. En este caso podemos pensar en el docente con saber, experticia en su disciplina y en el ejercicio profesional de la misma.

El estilo andamiaje implicaría un aprendizaje por descubrimiento guiado (Ausubel en Madruga:2003), que tomando los planteos del aprendizaje constructivista, el estudiante es constructor y reconstructor de su conocimiento, de forma activa y así lograr la significación personal, por su parte el docente figura como un facilitador del aprendizaje. *“El constructivismo considera el aprendizaje como un proceso subjetivo , y sugiere que se debe experimentar el mundo para conocerlo” Nolla (2006;12).*

En la interacción se significaría la experiencia a partir de lo producido en el encuentro y se construirían nuevos saberes; saberes disciplinares, experienciales, comunicacionales.

Saljö plantea que la concepción de aprendizaje como abstracción del significado y como proceso de reinterpretación o visión diferentes de las cosas *“...reflejarían una visión... según la cual para aprender se requeriría no sólo del concurso de ciertas condiciones externas, sino también de la puesta en marcha de comprensión y de comparación de conocimientos puestos en marcha voluntariamente por el aprendiz.”( en Monereo:2003:37).* Si bien comparto lo expresado por Saljö; partiendo de la idea de andamiaje, de aprendizaje por descubrimiento es necesario para el logro de ese aprendizaje comprender y vivenciar el proceso que se da en el encuentro con un otro (docente) que acompaña y que es portador de un saber producido en su práctica profesional, experiencial que lograría facilitar el mismo. A la vez, en el marco de las

prácticas preprofesionales en el Área Salud, la interacción no solo se da entre docente -estudiante sino que debe considerarse la presencia del paciente-usuario; quién también puede poseer un saber y puede estructurar ese encuentro. Situación ésta, que me detendré más adelante pero es pertinente mencionarlo en este momento .

Los docentes en los espacios de formación de prácticas preprofesionales desarrollan el estilo andamiaje por considerar y comprender que desde el mismo es posible abarcar y contemplar diversos haceres del ejercicio docente necesario para la provocación del aprendizaje.

De la comprensión de la necesidad del estudiante de ser acompañado y sostenido en sus experiencias asistenciales es uno de los principales determinantes para la elección de esta modalidad.

*“...creo que siempre intento que ellos, que los estudiantes logren cada vez mayor independencia para hacer determinadas cosas y uno estar ahí como para guiar ese proceso.”(D10)*

*“..ellos participan ahí como directamente en la actividad, además, asistencial, supervisados, pero como con mucho más libertades, digamos, de alguna forma, y uno está ahí para orientar un poco o para decir, para responder algunas cosas o para preguntar otras.” (D10)*

Sostener, acompañar para el logro de la autonomía del estudiante; autonomía necesaria en el ser estudiante universitario pero en este espacio formativo se habla de la autonomía para el ejercicio de la profesión desde una disciplina. Es esperable que al momento que el estudiante realiza este tipo de prácticas ya haya logrado su autonomía como estudiante

pero ahora se enfrenta con la situación de tener que decidir y sugerir estrategias de intervención asistenciales. Para ello, sería necesario el despliegue de saberes, haceres que ha visto cuando el docente actuo de modelo y ha leído pero ahora debe poner en práctica en un marco de aprendizaje y evaluación. Con lo cual, el docente parece entender que para ello es necesario estar para ayudar a comprender, reflexionar y seleccionar qué de sus saberes necesita para estar en esa situación y para esa situación puntual.

Nolla(2006) plantea que quienes aprenden tienen que tomar responsabilidades para su aprendizaje(aprendizaje autodirigido) y valerse de la reflexión para lograr la autorregulación; una *“autorregulación cognitiva y motivacional”*

La selección de saberes y su articulación es otro de los componentes que el docente considera necesario enseñanzar y entiende que este estilo es el que se lo permite.

*“...tienen todas las herramientas para hacerlo, sólo que sos el nexo para que el estudiante pueda integrar todo y mejorar o realizar la práctica como corresponde.”(D9)*

Parecería necesario integrar y articular saberes desde el hacer, desde el pasar por la experiencia, al decir de Larrosa(2005), para que esta práctica posea un sentido para el estudiante. El lograr darle sentido y significado a la práctica del estudiante sería parte del hacer docente. Sólo si el estudiante transita, piensa, comprende y fundamentalmente vive su experiencia sería posible apropiarse de ese saber disciplinar y saber hacer. Para lo cual el docente con su estar y acompañar facilitaría y promovería una actitud crítica y reflexiva donde los saberes circulen y tomen sentido en el hacer. Articulación, comprensión, reflexión son haceres que el docente desplegaría.

Desde que herramientas puede el docente valerse para poner en práctica esta articulación, comprensión y reflexión.

*“...también presencio la entrevista de ellos y bueno, y después, podemos pensar juntos en relación a eso.”(D8).*

*“...la idea es estar cerca del estudiante siempre, no esperar que el estudiante diga: terminé la historia clínica, sino que uno va observando el relacionamiento con el paciente, va observando cómo maneja su instrumental, de qué manera se presenta al paciente en su presentación física y con su ropa.” (D12)*

El estar, mirar, escuchar y “pensar juntos” parecen herramientas , actitudes docentes utilizadas para lograr aprendizajes y desarrollar la enseñanza desde el andamiaje.

### **De definiciones en los estilos de enseñanza en los espacios de práctica preprofesionales en el Área Salud**

Los estilos docentes se definen por las formas en que se configura la enseñanza, implicando invariantes como actitudes, comportamientos y procedimientos en una situación concreta y de acuerdo a las características de los docentes.

En el caso de los espacios de enseñanza en el marco de prácticas pre-profesionales en el Área Salud, este estudio encuentra que son dos las modalidades que el docente desarrolla dependiendo de los momentos de aprendizaje y de las necesidades que plantea el estudiante; así como de las concepciones pedagógicas que el docente considera para producirse el aprendizaje en las situaciones clínica-asistenciales.

## **De las necesidades del estudiante y los momentos para el aprendizaje.**

Los docentes relatan que la modalidad de enseñanza en estos espacios implica atender las necesidades que el estudiante presenta y mencionan dos.

Por un lado, el estudiante que se enfrenta a la situación asistencial, debiendo recurrir a sus saberes previos para el desarrollo y resolución de la misma, presentando temores en el inicio de su práctica y necesitando ver para confirmar y potenciar sus saberes. Se conjugan aquí lo temporal de su tránsito por este dispositivo de enseñanza, sus emociones, ansiedades, temores, un funcionamiento contextual-institucional a conocer y las características de la situación planteada. De esta multidimensionalidad, el docente entiende pertinente generar estrategias para lograr un aprendizaje por recepción significativo (estilo modelado) y así muestra su propia modalidad de hacer para que el estudiante pueda ver, significar y poder posteriormente ser él quien lleve adelante la asistencia. El docente muestra un modelo; asegurando y afianzando formas de hacer, ser, comunicar en el estudiante para que éste comprenda, signifique y construya su modelo asistencial.

*“...el estudiante va adquiriendo un modelo profesional, con las diferencias que podemos tener todos los docentes en lo que es la atención...” (D5)*

Generalmente, se expresa que este estilo se desarrolla al inicio porque a medida que transcurre su práctica “...el estudiante se va soltando...”(D9) en tanto comprende y adquiere confianza para el vínculo con el paciente y para realizar la atención. *“Lo hago yo las primeras veces, sí, para que ellos vean y más que nada, para romper como esa cuestión del hielo con el paciente, el acercarse...”(D13). “...cuando son las primeras veces no se animan y ahí uno hace el ejemplo y después son ellos...” (D15)* Si bien, el modelado parece emplearse para el comienzo de las prácticas, hay situaciones que pueden implicar

que en momentos posteriores también lo utilicen, por entender la complejidad de la situación, ante el empleo de una nueva técnica, procedimiento o por las características presentadas por el paciente. *“...es momento de agarrar la turbina y mostrarles, porque también es una forma de aprender...”(D4)*

En relación a la comprensión y adaptación del estudiante al contexto institucional en que se realiza la práctica, el docente muestra y transmite las formas de moverse en el mismo. Comprender dicho funcionamiento hace a como debe realizar su práctica para que la misma pueda desarrollarse pero sin perder lo específico de la disciplina y hacer profesional. *“...uno tiene que separa la enseñanza que tiene que darle con la complejidad del servicio para que el pueda apropiarse ...” (D1)*

Nolla (2006) entiende que el *“aprendizaje es un proceso contextual”*, por lo que para el aprendizaje de los haceres profesionales es esperable que se realice en el contexto donde el estudiante deberá aplicar sus conocimientos. *“ Cada vez que se utiliza un conocimiento, éste se reaprende, se enriquece de su contextualización y se aumenta el saber profesional.”*Nolla (2006;13). El contexto donde tiene lugar la asistencia y el proceso formativo del estudiante es una más de las variaciones que el docente consideraría al momento de su práctica, junto a las ya mencionadas como las características del paciente, la modalidad del estudiante, etc. Lo que reafirma como la asunción de estilos docentes se configura desde las invariantes y variantes que se conjugan en lo dinámico de estos espacios educativos por la diversidad de situaciones, contextos, instituciones y haceres profesionales.

Por otra parte, los docentes visualizan un estudiante que necesita lograr una autonomía para el desempeño como profesional. Para ello, debería poder hacer uso de sus saberes previos y seleccionar cuales son los pertinentes ante las situaciones que se plantean. El

docente así, toma un lugar de acompañamiento en el proceso de aprendizaje dándole al estudiante un lugar activo, de hacer, de experiencia. Una experiencia singular en un acontecimiento, es decir un encuentro entre lo que se sabe y lo que se produce en un tiempo, y un espacio junto a otros. La experiencia permite que el estudiante habite su lugar profesional y despliegue su confianza, su atención, su escucha, así como poner en juego sus sentidos. El docente apela al aprendizaje por descubrimiento y por experiencia, donde el estudiante debe descubrir los saberes a utilizar, debe reorganizarlos de acuerdo a su dinámica cognitiva y lo que se desarrolla en la situación para la toma de decisiones. El acompañamiento docente pretende facilitarle al estudiante, realizar ese proceso de pensamiento para lograr su aprendizaje y desarrollar su tarea. *“...van adquiriendo mucho mayor independencia y bueno, y ahí, obviamente, que también depende de los estudiantes, de los grupos, de la conformación de los grupos, de, pero en los últimos años, es mucho más frecuente que pase esto de que ellos son como bastante autónomos y en realidad, cuando pasa eso, que uno puede como abrir mucho más el, ellos participan ahí como directamente en la actividad, además, asistencial, supervisados, pero como con mucho más libertades, digamos, de alguna forma, y uno está ahí para orientar un poco o para decir, para responder algunas cosas o para preguntar otras.”* (D10)

Si bien ambos estilos (“modelado”, “andamiaje”) parecen desarrollarse en diferentes momentos de la enseñanza, del aprendizaje, habría situaciones donde interaccionan y se articulan. Por ejemplo, el apoyar al estudiante, acompañarlo puede implicarle al docente pasar a ser modelo. *“ Hay veces que necesitan un apoyo, si el paciente no tiene muy buena comunicación, está cansado que tanto profesional este entrevistándolo y son muy cerrados. Entonces, claro eso genera una situación incómoda en el estudiante entonces uno trata, como que interviene. En sentido de retomar esa entrevista y de que puedan tomar datos.... por lo menos un segmento, como que uno levanta, busca la vuelta como*

*que no están aún en esa modalidad se cortan, quedan estupefactos y uno como que intenta levantar como para darles confianza y como para que después sigan...” (D15)*

De la descripción y desarrollo de estos dos estilos de enseñanza que caracterizan los espacios formativos en la clínica, se puede entender que ambos siempre están presentes y circulan dinámicamente de acuerdo a la situación contextual que se presente. Por lo que, quizás se debería hablar de un estilo singular de enseñanza conformado por dos figuras pedagógicas (el modelo, el guía) que itinerantemente se presentan en función de las variantes presentadas. Figuras móviles, emergentes de la interacción entre los sujetos que conforman y habitan esos espacios junto al docente, como lo son los estudiantes y los pacientes, así como los diversos saberes presentes en un contexto de enseñanza, de aprendizaje e institucional.

Hacer referencia a figuras pretende mostrar la flexibilidad y el cambio en las formas de estar y hacer en la docencia. Si pensamos en las figuras literarias aludimos a técnicas que utiliza el escritor como recurso para dar cuenta de complejidades y lograr diversidad en las expresiones. Las figuras remiten a formas o personajes diferentes. Desde estas ideas podemos construir un estilo que denominaré “bucle” conformado por formas de enseñar, por personajes interpretados desde una postura pedagógica en un contexto específico: la clínica. Construir este estilo apunta a pensar que la enseñanza conformada en un espacio de a cuatro (docente-estudiante-saber-paciente) interpela al docente a circular, necesariamente entre estas figuras generándose un par dialéctico y espiralado (modelo-guía). Están en permanente interacción, comunicación; por momentos se confunden y por momentos se dispersan.

La idea de pensar este estilo como dialéctico y espiralado proviene del concepto trabajado por Pichon Riviere de “espiral dialéctica”. Concepto que fue trabajado en su teoría del vínculo para poder comprender al sujeto de forma integral y como emergente y

representante de las relaciones que tiene con su mundo interno y externo (Maggio,2012). Pensar el par dialéctico y espiraldado permite ver lo móvil y cambiante que implica la docencia en este espacio, donde irremediamente debe contemplar las invariantes, variantes (los sujetos con sus características y lugares, saberes, contextos, situaciones) permitiendo una enseñanza y un aprendizaje en relación y experiencial *“Pensando al sujeto en una situación vincular (donde se relaciona y comunica con las demás personas y objetos de su contexto), dinámica constante (en continuo cambio) y en espiral (no como una situación lineal y estática ni como círculo cerrado, sino como una estructura en espiral donde hay continuo movimiento que no se cierra nunca y que permite el aprendizaje y la transformación continua de esa estructura); como estructura y causalidad gestáltica, considerando al sujeto como emergente de dicha totalidad que tiene un carácter intrínsecamente relacional.”(Maggio,2012:3)*

El docente “bucle” construye una enseñanza dinámica, en continuo movimiento; abierta y receptiva al acontecer transitando entre figuras que actúan de modelo o figuras que sostienen y acompañan al estudiante en su práctica pre-profesional. Este estilo parecería promover en el docente una actitud reflexiva que le permita afrontar la transformación constante del que, a su vez es productor.

### **De las concepciones pedagógicas consideradas por el docente, en estos espacios formativos**

De los relatos docentes se desprende que en estos espacios formativos se enseñan saberes que no siempre pueden hacerse desde un modelo tradicional de transmisión, un modelo donde el docente cuenta, explica saberes, el estudiante escucha y aprende.

Es por ello que utilizan el estilo “modelado” o “andamiaje” ya que ellos les permite transmitir desde posturas pedagógicas diferentes, aquellos saberes relacionados al

encuentro con el otro-paciente y que hacen al saber hacer, saber comunicar, mostrar su experticia y ubicar al estudiante en su propia experiencia.

Así como lograr la integración y articulación de saberes acompañando y generando una actitud reflexiva que parecería ser una característica específica en estos espacios, relacionada a el pensamiento clínico que abordare en otro capítulo.

...del saber hacer...saber comunicar, comunicar como un proceso dinámico de relación social e interpersonal (Tamayo et al., 2013). Saber entendido como relevante en tanto permitiría desarrollar el proceso asistencial y así el aprendizaje

*“...un poco lo ven ellos cuando nosotros actuamos, cuando nosotros nos sentamos al lado del paciente, lo saludamos, empezamos a tener como una confianza con el paciente y el estudiante aprende de eso, nos ve a nosotros actuar”(D4)*

...de la experticia, entendiendo la misma como los saberes reunidos en su experiencia en diferentes momentos vitales y profesionales, así como diferentes momentos de aprendizaje como son el estudio y su propia práctica profesional; el transitar por estos momentos le permiten tener “...una flexibilidad en relación a las maneras en que las soluciones a los problemas clínicos pueden ser alcanzados”(Eva,2005,pp 60) Una práctica y una experiencia profesional desarrollada con diversos sujetos (pacientes, colegas, estudiantes), implicándole una flexibilidad en su hacer y una permanente resignificación de sus saberes. Es decir abarca la trayectoria pedagógica y profesional del docente que lo lleva a tener un conocimiento relevante basado en la misma.

*“...lo que vos mostrás es lo que a vos te parece que en ese momento da mas resultado...” (D9)*

*“...se dice en la jerga que es una enfermedad que se diagnostica por exclusión, cuando los médicos decimos por exclusión, quiere decir que hay que estar seguro o relativamente seguro de que la persona no tiene otras cosas. Y esas otras cosas,*

*puede ser una larga lista de otras cosas. Entonces, si uno agarra una persona con poca experiencia y se pone a recorrer toda la lista de otras cosas que hay que descartar, puede hacerle la vida un vía crucis al paciente, porque eso puede significar múltiples estudios...Eso es lo que, a veces, el que tiene más experiencia, les transmite: bueno, está bien, es de exclusión, pero la exclusión vos la hacés desde una perspectiva clínica, es decir, me parece que no es tal cosa, porque no tiene esto, me parece que no es tal otra, porque no tiene tal otra, pero no me pongo a investigar en profundidad...Y cuando uno se siente suficientemente seguro como para anunciar lo que tiene la persona y empezar a tratarla, a veces, eso requiere un poco de endurance, de experticia, porque si no...esa es una cosa bien clara de experiencia, es decir, cuándo me doy cuenta, es como uno aprende a manejar, ¿cuándo me doy cuenta que el otro va a frenar?, no te lo enseña nadie eso, lo tenés que hacer en experiencia.”(D11)*

...de la articulación de saberes, “...articulación teoría-práctica, entendido como proceso dialéctico en el que ambos términos se relacionan y se sintetizan en la praxis...” (Lucarelli;2008)

“...entrevistan a los pacientes, los pesan, le hacen antropometría , toman la talla ,medidas entonces en todo eso que es la aplicación de lo teórico a la práctica ahí es como guía y como apoyo.” (D15)

### **De la presencia y ausencia del paciente en estos dispositivos de formación.**

De las formas de enseñanza mencionadas anteriormente se debe considerar que las mismas también se ven determinadas por la presencia del paciente en el dispositivo de enseñanza o cuando se generan estrategias formativas sin el paciente presente.

Los docentes relatan por un lado la planificación de la enseñanza con y sin el paciente y por otro, el aprendizaje que este espacio le permite al estudiante.

Pensar la enseñanza considerando al paciente implica la construcción de diversas estrategias, basadas en las características del docente y su disciplina, con lo cual se

encuentran en sus discursos confluencias y diferencias significativas.

Tomando las confluencias, los docentes estructuran este dispositivo con un doble proceso de enseñanza; el que se realiza en la asistencia con la presencia de la tríada docente-estudiante-paciente y el conformado por la díada docente-estudiante. A su vez, en cada uno de estos espacios se encuentran constantes educativas contempladas por los docentes.

En los espacios formativos conformados por la díada aparece fuertemente el trabajo con lo conceptual y técnico pertinente para ese espacio y para ese paciente.

*“..cuando estás sin el paciente, vas quizá intercambiando otras cosas o tenés más tiempo para incluir más aspectos teóricos.”(D3)*

*“Después que termina la sesión, es un intercambiar sobre lo acaecido. Y ahí sí puedo plantear la lectura de determinados aportes teóricos y técnicos y puntualizaciones. ..”(D5)*

*“Cuando uno está sin el paciente, puede decir: bueno, cuando un paciente tiene cefalea, tiene estas 16 causas posibles.” (D11)*

*“...cuando es necesario hablar solamente de contenidos, no tenemos por qué tener la presencia del paciente.” (D12)*

Asimismo, aparecen prácticas reflexivas y de análisis tanto de la práctica asistencial del estudiante como el análisis comprensivo del paciente.

*“...vemos un poco el motivo de consulta, la preocupación, por donde viene el padecimiento o el sufrimiento, qué temática trae y a partir de ahí, también sí trabajamos, en ese sentido...” (D3)*

*“...lo posterior a ver como se sintieron, que destacan, que les pareció, que les faltó.”(D15)*

Por otra parte los docentes entrevistados, aunque con menos presencia, también traen que abordan aspectos actitudinales y de relacionamiento. Aspectos que también son trabajados ante la presencia del paciente.

*“...tenés que tener que el estudiante aprenda previamente, porque ir sin que sepa*

*algo el estudiante, parece medio violento para el paciente...Entonces, los adiestramos previamente para que después vayan con el paciente...para tocarle el abdomen, tienen que calentarse las manos cuando hace frío para no tocar el paciente, tienen que explicarle qué es lo que le van a hacer, decirle al paciente, si el paciente permite y esas cosas se las decís vos.”(D2)*

*“Sí, siempre, no lo hacemos delante del paciente, obvio, pero sí lo, si vemos una dificultad, le decimos mirá, esto, vamos a otro lugar y le decimos mirá, esto así no puede ser. A veces, es lo actitudinal que el estudiante maneja mal adelante de un paciente...” (D1)*

En el espacio con la tríada (docente-estudiante-paciente) aparecen como elementos específicos el aprendizaje en una situación real, con un paciente real que le permite al estudiante vivenciar el encuentro con el paciente y desarrollar sus habilidades técnicas y comunicacionales. Este encuentro produce sentimientos e implica la puesta en marcha de aspectos actitudinales y éticos.

El estar en situación...vivenciarla... “tocar al paciente”

*“...algo que marca una diferencia, tener presente al paciente o a la persona o a quien consulta, marca una diferencia, una diferencia en donde se juegan aspectos de lo que sería una realidad, está ahí la persona planteando su situación...Es un impacto emocional más fuerte, también, para quien se está formando.”(D5)*

*“...estar con el usuario te enriquece mucho más, para mí es mucho más enriquecedor que pudieran venir acá y atender ellos, aunque se equivoquen y después la remates vos, pero los dejás hablar, que se relacionen.”(D6)*

*“...si vos después el mismo caso lo ves pero con el paciente ahí teniendo que uno estar ahí, tocarlo, relacionándose es totalmente diferente. Es más enriquecedor.” (D15)*

De la comunicación

*“...estando el paciente, uno intenta que el conocimiento le llegue al estudiante, pero*

*con palabras más claras, porque también aprovecho a enseñarle al paciente.”(D4)*

De lo actitudinal

*“...con el paciente en el medio, vos trabajás lo que es la ética, el respeto, valores, que los tenés que cuidar porque hay un paciente enfrente y eso capaz que eso tiene un lugar para, eso no sé qué nombre tiene, pero es valioso.”(D9)*

De la técnica

*“...cuando está el paciente, trabajamos, por sobre todo, aspectos técnicos de estrategias... cuando tú estás con el paciente solo y el estudiante, en este modelo, yo creo que está operando siempre esto del mirar, una forma del ver mirar, pensar y operar, como la unidad operación.”(D3)*

Otro aspecto importante destacado por los docentes es que el trabajo en el espacio clínico implica encontrarse con lo inesperado, lo incierto, con lo que acontece en el desarrollo de la práctica asistencial; provocando que el proceso de enseñanza y de aprendizaje no pueda ser totalmente pautado ya que el mismo es delineado por lo que surge en el encuentro. Es pensarse trabajando con lo que emergente en un espacio de incertidumbre.

*“Cuando está el paciente, uno va haciéndolo de manera incidental la enseñanza-aprendizaje, porque es a partir de lo que te devuelve el paciente. El paciente dice una frase o tiene determinado signo o tiene determinada cosa y vos te referís a ella para enseñar sobre lo concreto.”(D11)*

*“La variedad, cada paciente es distinto, cada tratamiento es distinto y eso lo tenés en la clínica, solamente.”(D14)*

Parecería que en el espacio formativo con la presencia del paciente adquieren mayor protagonismo el proceso de aprendizaje y la determinación de la enseñanza en función de lo traído por el paciente.

## **5.2 - Características de la enseñanza...la relación pedagógica.**

Aproximarse a la comprensión de espacios formativos, implica considerar tanto al sujeto que enseña como al sujeto que aprende y los conocimientos que allí circulan; así como la relación que se establece entre ellos. Pensar en esta tríada plantea la necesidad de abordar cada uno de ellos y en el caso de los espacios de prácticas preprofesionales en la clínica asistencial, además debemos considerar un tercer sujeto, el paciente. Lo cual interroga si podemos seguir hablando de una tríada o se debería repensar y re configurar la relación pedagógica en este espacio formativo. Lucarelli (2008) plantea que desde una mirada técnica y de formación, se podría seguir manteniendo la tríada didáctica ya que la actividad que se realiza con el sujeto-paciente sería parte de los contenidos a aprender pero si se contextualiza la situación obligaría a cambiar dicha configuración. Quizás para pensar una posible configuración sería pertinente tomar los componentes de esta tríada mediada por el paciente; ver los lugares de cada sujeto en relación con el saber y los saberes que se ponen en circulación, los aportes e incidencias, las relaciones que se establecen entre los distintos sujetos y luego aventurarse a hipotetizar.

El ítem anterior lo término, haciendo referencia a la incidencia de la presencia del paciente para el desarrollo de la enseñanza, por ello, para pensar la relación pedagógica en un ámbito formativo con estas características, comienzo por pensar el lugar del paciente en ella. Es pertinente considerar que el paciente del que se habla es un paciente de hospital o de policlínicas de la asistencia pública o de los Servicios Universitarios, que tiene incorporado la presencia institucional de profesionales, profesionales-docentes y de estudiantes; sabe que en ese ámbito además de los servicios asistenciales, se desarrollan procesos formativos y que va a dialogar por tanto con sujetos profesionales de la salud y con sujetos de la educación. Esta situación no quita que sabe sus derechos y que puede elegir no ser atendido por estudiantes, pero la mayoría no tiene dificultades y lo permite.

*“...los pacientes, desde ya te digo, el que no le interesa el estudiante, que le interesa curarse y al otro, que logran una situación con los estudiantes que, ya te digo, que es casi familiar, casi familiar.” (D2)*

## **Del sujeto paciente**

La presencia del sujeto paciente, desde los relatos docentes parece organizar el proceso de enseñanza y de aprendizaje, desde su presencia, su saber y su no saber.

*“..el saber se considera y lo que no sabe, también... el no saber y el saber del paciente yo creo que también tiene lugar, porque me parece que bueno, cuando nosotros hacemos una intervención o una interpretación, tenemos que escuchar lo que el paciente, qué evoca, qué hace al paciente, si no, no tiene sentido...para mí, el saber del paciente tiene un lugar, sí, sí. Porque si no, trabajo sola, si yo no tengo en cuenta lo que le va pasando al paciente, me parece que es como que estoy trabajando sólo...” (D3)*

*“...por eso vino a consultar, porque no sabe... no entiende como el sentido o el por qué le pasan, por eso viene.” (D3)*

El saber del paciente al que se hace referencia tiene que ver, por un lado con el saber de lo que al paciente le pasa, un saber sobre aquello que lo hace estar en ese espacio; su padecer, su dolencia, su malestar..es uno de los saberes que porta el paciente y que permite desarrollar el espacio de enseñanza. Por otro lado, ese saber viene acompañado de lo que no sabe...sabe que algo le pasa pero no sabe porque, a causa de qué. Va a ese espacio en búsqueda de comprensión y resolución de su problema.

Este saber y no saber del paciente *“...es el texto y el contexto...”(D8)* para el desarrollo del proceso de enseñanza y de aprendizaje. Esto implica que el texto presentado por el paciente es visto y desarrollado desde el contexto en que lo presenta y en donde lo presenta; generando unas vías de comprensión y estrategias de intervención específicas para ese texto y contexto y no otras. Por lo cual, el camino que tomará la enseñanza, el aprendizaje y el acto asistencial va a estar signado por lo que ese paciente cuenta,

siente, padece o muestra. Es posible visualizar aquí el entrecruce de lógicas que se despliegan tanto para el estudiante como para el docente. La lógica de la formación (enseñar-aprender) y la lógica de la atención. El saber y no saber del paciente provoca tanto en el docente como en el estudiante una puesta en ejercicio de sus saberes conceptuales, técnicos y vinculares desde dos lugares: el profesional y el académico. De esta forma, el paciente estructura el campo de enseñanza, posibilita el aprendizaje y la puesta en práctica del docente-profesional, del estudiante como profesional.

*“Es fundamental el saber del usuario y lo que transmite el usuario, porque es la materia prima con la cual trabajamos ...el paciente continuamente está aportando a la enseñanza, creo que la clínica se va, de alguna manera, uno la va aprendiendo a partir de la palabra del paciente, y ahí cuestionamos los pre supuestos teóricos. Digo, creo que lo fundamental es que uno ponga entre paréntesis los pre supuestos teóricos y escuche.”(D5)*

*“..sin paciente ahí, no hay enseñanza, no existe...”(D14)*

*“...Bueno debería ser un rol protagónico también, no. Y en el proceso de aprendizaje es actor también porque en definitiva sin el paciente no podría...bueno podríamos tener un caso hipotético acá pero el paciente ahí es...”(D15)*

El espacio de formación en el ámbito de la clínica posiciona al paciente en un lugar que permite, desde su presencia y texto, el proceso de enseñanza y el de aprendizaje, quedando posicionado como el sujeto que aporta para la construcción de dicho proceso y para la planificación de ese momento, de ese encuentro pedagógico-asistencial. Aparece, así un sujeto-paciente, que desde el lugar de la formación no podríamos llamar paciente, y creo que tampoco en el asistencial, ya que puede visualizarse su lugar, su presencia como precursor y generador de un dispositivo educativo. El paciente en este espacio es sujeto espectador y actor del mismo. Hablamos, entonces de un saber que

dispara procesos de enseñanza y de aprendizaje

Otro saber del paciente, reconocido por los docentes es un saber que parece desarrollarse en el tránsito por espacios asistenciales, permitiéndoles entender y cuestionar las formas asistenciales (qué se debe hacer, cómo, de qué manera) de los profesionales. El paciente también construye sentidos y significados a partir de su experiencia en las instancias donde es atendido y donde se desarrolla un proceso de enseñanza, de aprendizaje. Se apropia de un saber experiencial (Tardif, 2004).

*“El paciente mira todo, sabe desde que si se cambió los guantes, si se cayó algo al piso y lo levantó, el paciente, para eso están cuatro horas sentaditos mirando. Ellos saben todo.” (D14)*

El saber experiencial del paciente lo hace formar parte activa en el espacio de formación; a veces desde las propias características del paciente colabora en el proceso de aprendizaje, otras porque el docente al conocer este saber lo incorpora en el proceso de enseñanza.

De los aportes del paciente en el proceso de aprendizaje...

El paciente, por momentos se ubica junto al estudiante y genera situaciones de aprendizaje junto a él, a partir del vínculo que han establecido. El paciente colabora en enseñar al estudiante y a su vez lo anima a aprender, a preguntar y preguntarse, a reflexionar, a asistir.

*“..el paciente se pone del lado del estudiante y dice tú tenés que haber preguntado tal cosa, no, porque yo no tengo ictericia, no, no estoy amarillo, entonces, le está diciendo por anticipado qué es lo que tendría que haber preguntado, esa relación la logran en la medida que los ven en la sala, están en la sala, se han interesado por su problema personal y ese vínculo no se crea de un momento al otro, se crea con*

*los días, con los días de internación que están acá.”(D2)*

En otros momentos, el paciente colabora en integrar y motivar al estudiante a su participación, lo hace parte de la situación asistencial. Le dan un lugar desde la mirada, la escucha, el trato.

*“...muchos pacientes le dan lugar, cuando los empiezan a mirar y los empiezan a integrar y está bueno, está muy bueno... le empieza a dar como ese lugar, también, de escucha y está bueno, y ahí, el estudiante siente que puede entrar un poco más.” (D3)*

*“Algunos aportan positivamente en el trato con el estudiante, o sea, que se hacen un buen vínculo.” (D14)*

De las duplas formativas...

En el proceso de enseñanza, parecen construirse duplas formativas; unas, organizadas intencionalmente entre el docente y el paciente y otras se producen espontáneamente. El objetivo de las mismas sería una mutua colaboración para la comprensión y apropiación, por parte del estudiante de los saberes técnicos, procedimentales y vinculares.

*“ ...aporta muchísimo, a mí me han ayudado pacientes a cambiar el rumbo a estudiantes, tengo cuentos, pacientes de esos que siguen viniendo, aparte, y creamos como un dúo para enderezar a ese estudiante que no viene muy bien.”(D4)*

*“...hay algunos pacientes que participan muy naturalmente de esos, aunque uno, porque, a veces, uno le pide al paciente alguna colaboración y, otras veces, eso se da sin que uno tenga que pedir nada.” (D10)*

*“ Con la enseñanza, por ejemplo, cuando uno le pide que les marque alguna cosa a los estudiantes o que les diga, después que ellos hicieron la anamnesis, dígales qué le pareció a usted lo que, si le resultó fácil lo que le preguntaron, si le pareció que no se entendía lo que le estaban preguntando, si, hay pacientes que no tienen problema y pueden...” (D10)*

La participación activa del paciente...

*“...cuando se logra la participación activa del paciente en el acto de enseñanza, me parece que es como completo el proceso de que la persona que participa no es un participante pasivo que va porque no tiene más remedio a recibir, a prestarse a hacer, de alguna manera, vamos a aprender con lo que le pasa a alguien que no participa de ninguna forma en esto más que en la de prestarse a que uno escuche o lo examine. Lo otro es como, bueno, participa activamente y modifica.”(D10)*

La participación activa del paciente, no sólo produce aprendizaje en los estudiantes, en los docentes sino que también se produce aprendizaje en él. En tanto interviene desde su lugar de receptor de la atención, de colaborador para el desarrollo del proceso formativo también adquiere un lugar de aprendizaje, de comprensión de lo que le pasa, de su malestar y de lo que acontece en ese encuentro y así entonces, aprende y también enseña. Como dice la docente entrevistada, se realiza un proceso completo, el estudiante aprende, el docente y el paciente también y a la vez estos últimos también enseñan. Más adelante, cuando desarrollo el lugar del estudiante, entiendo que puede verse que también en ese proceso el estudiante interviene desde un lugar de enseñanza. Desde esta perspectiva, se puede pensar que el paciente también funcionaría desde la lógica de la formación y de la atención; por lo menos el paciente hospitalario, colaborador.

El *paciente* que los docentes relatan se podría caracterizar como sujeto *portador de saberes* (el saber de lo que le pasa, lo que le preocupa, el saber acerca de las formas de atención, del funcionamiento hospitalario y de la policlínica, de la posición del estudiante); un *sujeto colaborador* en la enseñanza y en el aprendizaje; *un sujeto que aprende y que enseña*.

En este espacio de formación asistencial, se construyen interacciones entre los sujetos

que lo conforman y entre sus saberes; cada uno tiene un objetivo por el cual estar ahí (el estudiante aprender, el docente enseñar, el paciente mejorar) pero en ese encuentro se entreteje una red donde todos articulan sus objetivos y construyen un objetivo centrado en el logro de la atención y la formación. Cada uno de estos sujetos colabora desde saberes y desde el interjuego rotativo de roles (el que sabe, el que enseña, el que aprende, el que atiende, el que escucha, etc) pero todos apuntan a la resolución de la consulta. Lo cual plantea que en este espacio se generan instancias de aprendizaje colaborativo; entendiendo el mismo como *“...las experiencias de aprendizaje donde cada integrante desde su singularidad, contribuye a la resolución conjunta de la tarea, es un proceso de trabajo en equipo...se establece una relación de interdependencia positiva entre los participantes, a partir de la necesidad de recoger y aunar los aportes individuales para el logro de los objetivos”*(Santiviago et al. 2012;16).

A la vez, Kurt Lewin entiende las situaciones sociales cooperativas o colaborativas como aquellas donde los objetivos de los sujetos por separado *“...van tan unidas que existe una correlación positiva entre las consecuciones o logros de sus objetivos. Un individuo alcanza su objetivo, si y sólo si también los otros miembros alcanzan el suyo”* (Del Barco et al. 2007;273)

Atendiendo estas concepciones de aprendizaje colaborativo parece adecuado considerar estos espacios como espacios donde entre el estudiante, el docente y el paciente desarrollan aprendizajes colaborativos, ya que de los aportes e interdependencias generadas en el encuentro se logran los objetivos de cada uno y como objetivos en común el desarrollo de la formación y la atención.

*“...me parece que en este ámbito, lo que más se sobresale es eso, el relacionamiento entre tres personas totalmente diferentes, que las tres queremos cosas distintas y*

*estamos trabajando el mismo punto...porque se da una cosa de confianza entre los tres, también; el paciente se entrega, el estudiante está viendo que el docente lo apoye y bueno, y yo, como docente, quiero que no me fracase eso, que el estudiante me responda y que el paciente también, venga y se vaya contento, puede ser eso, que se trabaje en un grupo, que se trabaje en equipo, eso es lo que creo que sale de ahí adentro, más que lo académico” (D4)*

El relato de uno de los docentes permite mostrar las interacciones, los lugares de cada uno de estos sujetos participantes y el desarrollo del aprendizaje colaborativo.

*“...me dijeron que me tengo que hacer una restauración en una pieza, me gustaría atenderme en cuarto, me dice el paciente Santiago... Entonces, yo le dije: yo te voy a dar un estudiante este año...un estudiante que tenía que recursar cuarto otra vez, a pesar de que ya lo había salvado...Al poco tiempo, un día me llama el estudiante y me dice: vos sabés que Santiago hoy vino mal, no sé qué le pasa, está enojado. Entonces, le digo: ¿qué pasó? No sé, no sé, a mí me gustaría que hablaras, porque viste que él contigo...Santiago me dijo: tú sabés que yo siempre colaboré, te tengo una confianza bárbara y yo siempre todas las personas que me han tocado atenderme acá, me han atendido brillante, pero no estoy nada conforme con él porque yo ya se lo dije a él, porque no me gusta que él no lo sepa, yo ya se lo dije a él, pero él es muy desordenado, se va a fumar afuera y viene y tiene olor a cigarro en las manos, yo veo que el provisorio no le queda bien y me haceirme igual y después se me cae el provisorio en mi casa. Esas cosas que yo no las veía, son las que tengo que controlar...hablé con él (el estudiante) y le dije, aparte, es una persona encantadora, o sea, capaz que con otro estudiante, teníamos un problema, pero él enseguida se puso bordeaux, me dijo que bueno, que sí, que ay, que no, que él no quería quedar mal con Santiago ni conmigo, que él no se había dado cuenta. Le digo: sos muy desordenado y es cierto, yo lo he notado, a veces, que vengo a la mesa tuya y hay un desorden importante y vos tenés que pensar que tenés que atender al paciente como si fuera tu boca, eso es lo que siempre yo les digo a ustedes, siéntense con el paciente y piensen que esa persona son ustedes, qué quieren que ustedes les hagan a ustedes mismos, que usen instrumental estéril, que los pacientes vengan con olor rico a perfume y no con olor*

*a cigarro ni otros olores. Y bueno, entonces, después, el estudiante cambió su actitud totalmente, pero así, yo lo veía que venía afeitadito, perfumadito y con guantes y con todo bien. Y bueno, en definitiva, cuando Santiago se despidió, que terminaron muy bien y todo, es más, yo creo que a la otra sesión él vino como arrepentido, me dijo: ay, creo que me sublevé. No, Santiago, al revés, yo le agradezco porque usted lo que hizo fue ayudarme. (D4).*

## **Del sujeto estudiante**

El lugar del estudiante en el encuentro con el paciente y el docente se da desde modalidades diferentes: como observador, como observador-participante, como participante y “director” de ese momento.

El estudiante como observador es un espectador del proceso que se desarrolla; el docente y el paciente son quienes estructuran el espacio, seguramente este lugar es determinado por las características de la situación y de la decisión pedagógica y asistencial del docente. Una decisión pedagógica centrada en un aprendizaje por recepción significativo y contemplando, desde la lógica asistencial la mejor resolución de la situación planteada.

*“...en la comunicación de malas noticias o en la fundamentación de un tratamiento, es una cosa que los estudiantes no participan y no, o participan como oyentes, digámoslo así. Pueden participar como observadores, pero no son nunca los responsables de esto frente a un paciente real.” (D10)*

En este relato se identifican tanto la decisión pedagógica como la asistencial pero es importante marcar como, desde el docente el ser observador es una forma de participar del estudiante. Lo que parece pertinente si pensamos que el aprendizaje por recepción significativo despliega en el estudiante aprendizajes como la comprensión, significación y apropiación del hacer desde la mirada.

*“...cada paciente lo va asistiendo un estudiante, el otro es un observador...por lo general, es un estudiante el que queda como referente” (D9)*

Una decisión metodológica centrada en lo pedagógico; si se propone trabajar con duplas de estudiantes, entonces se asumen roles, lugares de aprendizaje diferenciados. Los docentes, contemplando la numerosidad estudiantil que presenta hoy la Universidad construyen dispositivos de enseñanza que habilitan que cada estudiante pueda transitar por la experiencia del encuentro con el paciente desde lugares distintos pero, que de todas formas provocan su aprendizaje. Uno de esos dispositivos es el conformar duplas para la asistencias, duplas con roles claramente demarcados; el que lleva adelante el encuentro, el que observa y acompaña. Uno realiza un aprendizaje desde la experiencia, el otro por recepción significativa; aprendizajes individuales y en cooperación, éste último si se logra un espacio posterior de comprensión y reflexión de lo acontecido, de lo vivido.

El lugar de observador participante posiciona al estudiante en primer lugar como un observador, por lo que, el docente es quién desarrolla el encuentro pero el estudiante puede realizar intervenciones. Intervenciones que se darían a partir de la posibilidad que el docente brinde o de las propias observaciones, cuestionamientos, interrogantes o reflexiones que realice el estudiante. Es un lugar itinerante entre ambas posibilidades. Un lugar que puede desplegar seguridad o temores en el estudiante en función de sus características personales y los momentos-situaciones que vive en su formación; pensarse junto a otro que lo acompaña y respalda le puede permitir un aprendizaje más participativo. Por el contrario, si vivencia la presencia del docente como quién tiene a su cargo el desarrollo de la asistencia y poseedor del saber puede inhibir su participación, ubicándose pasivamente y aprendiendo por observación. En otros momentos, quizás la inhibición no necesariamente viene por la presencia del docente solamente sino también por la presencia del paciente, por lo que éste trae.

*“...participa en la consulta en calidad de observador participante, no solamente como observador, sino que también puede participar interviniendo...”(D5)*

*“... yo creo que depende de cada uno, de la idiosincrasia, por llamarlo, de cada uno de los estudiantes hay algunos que van y se sienten como pez en el agua, hay otros que se quedan para atrás, ¿por qué?, porque les da vergüenza preguntar o porque tienen un rechazo, primero, por el paciente, por el que está enfermo...”(D2)*

El estudiante que transita su práctica desde un lugar participativo, de “director” del encuentro logra apropiarse del aprendizaje desde sí mismo. El docente lo acompaña pero entiende que el estudiante debe generar su experiencia y su autonomía para su desarrollo como profesional. Así el estudiante es apoyado, acompañado pero realiza su tarea en forma independiente.

*“...uno trata de que hagan lo, de que se desenvuelvan lo más independientemente posibles con la tranquilidad de que hay supervisión y respaldo, pero que tienen que hacerse, tienen que ser independientes para, y tienen que tener autonomía e iniciativa para pensar, para resolver, para...”(D10)*

El estudiante desde diversas modalidades realiza su práctica pre-profesional, una práctica que como experiencia le permite posicionarse como profesional.

En la experiencia, el estudiante vive la experiencia de su propia transformación; de ahí que la experiencia lo forma y lo transforma. Por lo que es necesario pensar que la experiencia y la formación esta constitutivamente relacionadas ya que el resultado de la experiencia es la formación o la transformación del sí mismo como sujeto de la experiencia. De ahí que el sujeto de la experiencia es el sujeto de la formación y transformación. (Larrosa, 2009)

*“..la idea es que se suelten...a partir de la experiencia de ellos puedan ir*

*formándose...Me parece que cuando lo hacen ellos, en realidad por ejemplo cuantas más entrevistas realicen logran mucha mejor aprehensión me parece a mí que la propia experiencia no tanto visualizar otro modelo sino el ejercitarlo uno. Y el poder estar con diferentes pacientes de diferentes situaciones en el abordaje es lo más enriquecedor Después que interiorizaron los conceptos teóricos la mejor forma es la experiencia y la práctica con el otro.”(D15)*

La experiencia permite que el estudiante de sentido a su accionar, se apropie de los aprendizajes que se desarrollan y afiance sus saberes y haceres profesionales.

*“Esta forma de educar en la propia actividad, cualquiera que esta sea, complementada con unidades de estudio, son necesaria e indispensables para que el aprendizaje sea completo.No se forma al estudiante con clases teóricas, lecturas o actividades prácticas puntuales, sino inmerso educacionalmente en la actividad práctica Se aprende a palpar, palpando; auscultar, auscultando; a diagnosticar, diagnósticando; a ser ético, teniendo una conducta ética; a ser empático, teniendo conductas empáticas, y así hasta lo infinito.” (Ilazástegui Dupuy,F. citado por Fernández, J, 2011)*

*“ Y ellos también van ganando experiencia, entonces, capaz que algo les parecía difícil al principio, ya en la mitad y al final, lo hacen, porque ya hicieron cuatro, cinco, diez y ya es más...como que lo va, así, adquiriendo como sin darse cuenta, o sea, como parte de la experiencia en sí, sin darse cuenta, lo va haciendo una vez, te va preguntando, la segunda vez ya no te pregunta, porque le parece que, como que lo va adquiriendo así, a través de la experiencia de lo que él mismo hace.”(D14)*

La experiencia singular en una situación específica, en un encuentro con un otro (otro paciente, otro docente, otro saber) se produce en un tiempo y en un espacio. Encuentro que no se puede prever y que nos induce a viajar entre el saber y no saber, conocer y comprender. La experiencia como un modo de aprender, de conocerse. El aprender como la experiencia de confiar, de atender, de escuchar, de estar disponible y de poner en juego los sentidos. Y para ello es necesario confiar, darle voz a los sujetos y a la propia

situación de aprendizaje y asistencia en que se encuentra el estudiante. Sería dejarse afectar... dejarse tocar por ella.

*“Yo creo que el trabajar con el usuario te enriquece muchísimo en lo que tiene que ver con el vínculo y el escuchar, todo lo que yo les pueda transmitir desde mi experiencia es mi experiencia, no la de ellos. Entonces, si el usuario, yo les puedo contar que el usuario se sintió mal o no sé, un montón de anécdotas que te pueden ilustrar situaciones...pero no te toca con el usuario...Y eso te lo da el usuario, el poder estar con el usuario, porque el resto, yo te hago siete mil historias, pero son historias mías, que las puedo arreglar, maquillar, acondicionar para que entren dentro de la temática que yo voy dando en el teórico o en el práctico, pero no dejan de ser una historia, un cuento que yo les hago; a veces, se los exagero un poco para que les quede el recuerdo de que uh, mirá si te llega a pasar tal cosa. Pero hasta que no lo tenés en frente al paciente. (D6)*

*“...vayan aprendiendo de lo que va surgiendo en su propia experiencia... Me parece que cuando lo hacen ellos, en realidad por ejemplo cuantas más entrevistas realicen logran mucha mejor aprehensión...”(D15)*

*“...creo que es una gran necesidad que ellos se pongan en la estructura del paciente lo más cerca posible, porque nunca lo van a lograr hasta que no estén del otro lado, pero hacer entender estas cosas, que son tan fácilmente corregibles y uno las internaliza desde este proceso, que después adquirirla” (D13)*

La experiencia de transitar por estos espacios formativos le permite al estudiante posicionarse como profesional; por lo que se puede entender que pensar las prácticas pre-profesionales permite que el estudiante pueda formar una identidad, un estilo profesional. Tomando a Ferry (1997) el formarse implica adquirir formas para actuar, para reflexionar y perfeccionarse. Formarse “... consiste en encontrar formas para cumplir ciertas tareas para ejercer un oficio, una profesión...de ponerse en condiciones para ejercer prácticas profesionales...conocimientos, habilidades, cierta representación del trabajo a realizar, de la profesión que va a ejercerse, la concepción del rol...”

(Ferry,1997:54). Nuevamente, aparece la relación entre experiencia, formación y transformación en este espacio pedagógico.

*“...yo creo que implica un recorrido de formación, también, de cómo uno se posiciona, ta, que estás en un determinado rol, me parece que eso es importante mantenerlo.” (D3)*

*“...para poder como apuntar a la identidad del clínico, a la conformación y al aprendizaje, que en un primer momento es adhesivo, para que se pueda integrar en el sujeto como un estilo.” (D8)*

*“...a mí me parece que se vuelven más profesionales, van cambiando la actitud” (D9)*

*“...de los hitos más importantes son esos que a vos te dan la responsabilidad, vos ahora tenés un cargo y sos el que estás encargado de tal cosa y eso te inviste desde un, de una responsabilidad, no sé cómo expresarlo, que es algo que realmente, uno, ahí, ya no tiene marcha atrás”.(D11)*

Un componente relevante junto a los conocimientos disciplinares y las experiencias en los espacios de práctica es la reflexión y el análisis de sí mismo y de la situación, de manera de lograr la integración entre conocimiento y experiencia y así ésta última logre ser transformadora para el estudiante y promueva su posicionamiento como profesional ya que éste le implicará una actitud reflexiva. Este aspecto fue desarrollado previamente, al trabajar las modalidades de enseñanza utilizados por el docente dependiendo de la presencia o no presencia del paciente en el dispositivo de enseñanza. En el espacio sin la presencia del paciente aparece ese tiempo para reflexionar acerca de lo realizado con el paciente presente. Ese sería un tiempo pedagógico de reflexión, otra situación pedagógica necesaria es que el estudiante debería adquirir como parte de su hacer profesional la capacidad reflexiva. Se entiende la reflexividad como *“... un movimiento de exteriorización, de salirse de si mismo, encontrar algo que no es yo pero a su vez eso que encuentro tiene que rebotar en uno de manera que ese algo deje en ti una marca, un*

*efecto...”(Larrosa:2007) J.C. Filloux se refiere a la reflexividad como el retorno sobre sí mismo. El retorno sobre sí mismo abarca sentimientos, percepciones y pensamientos pero Filloux explicita que para que ello se logre debe “...hacerse con la mediación del otro. (1996:11) Es decir, es en la relación con otro, “...en la intersubjetividad donde se hace posible volverse sobre sí.” (1996:11)*

El estudiante iría construyendo su identidad profesional a partir de la singularización de su estilo y del crecimiento, desarrollo como persona y profesional. Tomando a Ferry(1997) la formación es una dinámica de desarrollo personal que implica aprendizajes por descubrimiento; el desarrollo de capacidades y de sus recursos.

*“Crece y mucho, porque nosotros evaluamos y nos damos cuenta, es decir, cómo viene el estudiante y cómo se va y cómo está en la mitad de la experiencia y cómo va avanzando. Creo que sí, que la experiencia esta que el estudiante hace pre profesional es fundamental para su inserción afuera”(D1)*

*“...ahora que estamos al final de año, esta última rotación, ya vienen con cierta madurez pre profesional, como otra postura...proceso más como para la singularidad de cada uno... es como esa sensación, entran como todos así, con miedos, y después se van...el estudiante va creciendo desde que entra.” (D9)*

*“...creo que se juega desde el ser persona hasta la maduración, hasta el aprendizaje de la disciplina”(D13)*

*“...evoluciona, sí, completamente, en todo, sí. Desde como yo te decía, el trato con el paciente, cómo se dirige al paciente, cómo le explica, cómo toma una radiografía y explica radiográficamente lo que le quiere decir, sí, evolucionan muchísimo.”(D14)*

El estudiante participa activamente en su proceso de aprendizaje, en el proceso asistencial, en el vínculo con el paciente y el docente, y así como el paciente, aporta a la enseñanza el estudiante también.

*“...sobre algunas cosas que los estudiantes tienen, como te decía, la capacidad de*

*corregir u observar con un ojo mucho más crítico que el que está involucrado hace más tiempo o está en medio de una situación, está más metido en esa situación de asistencia.” (D10)*

El estudiante al comenzar su práctica en un servicio asistencial se encuentra con un funcionamiento desconocido para él, lo que permite atender situaciones que para el docente pueden haber sido naturalizadas. El mencionarlo puede incidir en la forma de producir la asistencia y así generar modificaciones en lo que el docente podría venir construyendo en su espacio de enseñanza. A su vez, la figura del estudiante para el paciente puede generarle otra cercanía, otra confianza y otro vínculo que con el médico-docente; lo cual permite la circulación de información diferente y por tanto una circulación de saberes que producen conocimiento desde la confluencia y las interconexiones que se producen

*“...cuando uno puede hablar, a veces, con algunos pacientes y transmiten muy bien esto de que los estudiantes, eventualmente, constituyen un, no solamente no son un estorbo sino que son un aporte muy diferente al del médico, incluso. Los pacientes les transmiten cosas a los estudiantes que no les transmiten a los médicos; los estudiantes ven cosas que los médicos no ven y cuando se integran bien a ese proceso de la asistencia y la enseñanza en el mismo..., son, pueden corregir y pueden aportar y pueden ver un montón de cosas, desde todo punto de vista, médico también y desde cómo el paciente percibe algunas cosas o qué es lo que el paciente piensa de algo que uno dijo, que no la ve el médico.” (D10)*

El estudiante tiene diversas formas de participar en este espacio; un lugar que sin duda lo define es ser un lugar de experiencia. A su vez, este espacio le permite posicionarse como profesional y desarrollarse no solamente desde esa perspectiva sino también en lo personal. Aprende y puede ser constructor del espacio de enseñanza

## Del sujeto docente

El desarrollo sobre el lugar del docente en este espacio formativo lo he trabajado en el ítem anterior pero me interesa problematizar en este apartado acerca de la actitud docente en el ámbito de la clínica. Este último es un espacio que interpela al docente a enfrentarse con la incertidumbre del encuentro, con la resolución de la situación en el momento. Autores como Donald Schön (1992) plantean que mediante una actitud reflexiva se podría sostener la incertidumbre de estas situaciones y lograr así su resolución. La reflexión en la práctica misma reformulándola continuamente, hace a la tarea docente, y donde la creatividad y la experiencia están en juego. La reflexión en acción puede darse antes, durante y después de la acción...al momento de evaluar y reformular la práctica docente misma. Estar en un espacio de formación implica necesariamente un pensar-se en la práctica, y re-hacer teoría. Una teoría "personal" que emerge de la reflexión a conciencia de la práctica. Posicionarse desde esta postura implica revaloriza el lugar del docente como lugar esencial de producción de conocimientos desde la práctica.(Schön,1992).

*“Creo que la clínica es muy compleja y, a veces, me pierdo en eso, también, no es que tenga una cosa pam, pam, no tengo eso de comienzo, desarrollo, cierre... A veces, me encuentro con estudiantes que me cuesta mucho cómo llegarles y ahí creo que hay una dificultad real, que me planteo si es de mi estrategia de intervención o de mi didáctica. Otras veces, pienso que bueno, que el estudiante está como en otro tiempo y que igual yo me las tengo que ver para poderle enseñar, pero ahí me cuesta mucho como poder..., sigo buscando alternativas...Cuando siguen pensando que pueden y que resuelven, aunque no hayan resuelto y no se dan cuenta, a veces, esas situaciones me hacen como repensar la pedagogía. Digamos, si la forma que estoy enseñando está bien, si yo no exijo de acuerdo más a lo que son mis exigencias y lo que fue mi formación que la realidad de ahora... me desespera como poder encontrarme, entonces, busco,*

*planteo todas las alternativas, no todas juntas, pero las voy usando hasta que alguna permita como abrir un encuentro.” (D8)*

*“El grado 2 es muy clínico, hace muy bien su tarea de atención y sumaba al estudiante en ese proceso...no era solamente involucrarlo en un proceso clínico que estaba en sucesos, se estaba sucediendo una actividad clínica y él se sumaba y aprendía por ensayo y error, por análisis, también, método de resolución de problemas, estudio de casos y demás...Nosotros veíamos que necesitábamos un grado 3, por el perfil del grado 3, que no solamente por la gestión académica sino por el conocimiento que tiene de la Pedagogía y de la Didáctica. Entonces, empezaron a hacer mapas conceptuales de los temas que abordaban, desarrollo del pensamiento crítico.”(D7)*

*“...es una tarea, no sé si es más fácil; para algunos docentes es más fácil, para otros, a mí, capaz que me parece como bastante más difícil eso de...de estar midiendo mucho hasta dónde intervenís y cuándo no y qué es lo que los ayuda más que uno haga. Me parece que hay que pensar mucho más”.(D10)*

En estos relatos se puede ver la actitud reflexiva de los docentes y específicamente, como este espacio lo requiere, pero esta no fue la situación más contada por los docentes. Con esto no se puede plantear que como la mayoría de los docentes entrevistados no aluden a su postura reflexiva, no la tengan. Sin duda, esto abre la interrogante de si hay una naturalización de la reflexión en el docente y por eso no la expresa ya que sí se visualiza que a los estudiantes se les pide una actitud reflexiva para el desarrollo de su práctica. Otra lectura posible, sería que el docente no tiene de forma explícita, diferenciada la práctica docente de la práctica asistencial. Con esto refiero, a si el docente realiza su práctica desde su saber profesional y desarrolla instintivamente su tarea docente; su puesta en escena de su saber pedagógico. A su vez, esto problematiza como el docente desarrolla su estilo, su forma de enseñanza. La tarea docente, que se realiza en la clínica se entrecruza constantemente con la tarea asistencial; se desarrollan simultáneamente una práctica docente y una práctica asistencial donde ambas se ven atravesadas por

posturas reflexivas estando, su centro de atención en sujetos diferentes. En la práctica docente, la reflexión tendería a la relación docente-estudiante, mediada por la presencia del paciente. Una reflexión que intentaría desarrollar la enseñanza y mejorar o facilitar el aprendizaje a partir de lo presentado por el paciente. La atención en la práctica docente se focaliza en los procesos de enseñanza y aprendizaje. En la práctica asistencial, la capacidad reflexiva está ubicada en la comprensión del paciente, quizás sería necesario precisar que en lugar de reflexión se está hablando del razonamiento clínico. Entendido éste como el proceso de razonamiento y de toma de decisiones que permite al clínico efectuar una acción que considera la adecuada en un contexto específico. Razonamiento que incluye la actitud reflexiva pero tiene otros componentes que lo integran y que se expondrá más adelante. La atención en la práctica asistencial se focaliza en la comprensión y resolución de la situación planteada. Se podría pensar cuanto de ambas prácticas (la docente y la asistencial) con sus especificidades reflexivas, se confunden o “decoloran” al momento de realizar las tareas.

Del legado docente

*“...traspasar el sentido de la enfermería, el valor que la enfermería tiene desde lo humano hacia el paciente...Es traspasar el sentir de lo que yo pienso o quiero a la enfermería a los otros, poder traspasar ese, la esencia o la disciplina a los demás...buscar una palabra que, como traspasar, viste cuando dicen en las generaciones de los indios, bueno, se traspasa esa cuestión de todo lo que hemos aprendido en el proceso...”(D13)*

*“...el conocimiento es una parte, después, les transmitís todo lo que vos llevas contigo y que les vas transmitiendo”.(D14)*

*“...el profesor universitario queda siempre muy atravesado de la formación que tuvo en la carrera y del apostolado que es bueno, me interesa como poder intercambiar o mostrar lo que, y ahí se va formando como en una forma muy artesanal.” (D8)*

Los docentes expresan que además de transmitir saberes como los disciplinares, los del

hacer, los de comunicar y los de ser, les parece enriquecedor para el estudiante el legarles un saber que ellos han construido a lo largo de su formación de grado, de su trayectoria como docente y profesional. Este último saber parecería englobar todos los otros saberes pero, a lo que los docentes refieren es heredarle, traspasarle al estudiante algo de su propio proceso, de su propio sentir para que ellos también puedan transmitir a otros; otros docentes, otros pacientes, otros estudiantes. Fazio (2013) se refiere a la transmisión educativa como una tarea que permite convertir al sujeto en un heredero, legado del patrimonio cultural y social. En esta situación, el legado sería el patrimonio disciplinar y experiencial del docente como para conservar la especificidad de la disciplina, de la profesión, portarla y traspasarla. Así, el docente compartiría y cedería al estudiante un saber que porta y valoriza, no sólo para sí, sino también para la valorización disciplinar y profesional. El legado, la herencia se vincularía a traspasar un sentir, un lugar, una motivación construido en su trayectoria

*“Educar es depositar en cada hombre toda la obra humana que le ha antecedido; es hacer a cada hombre resumen del mundo viviente hasta el día en que vive; es ponerlo a nivel de su tiempo para que flote sobre él, y no dejarlo debajo de su tiempo con lo que podría salir a flote, es preparar al hombre para la vida“ ((Ilazástegui Dupuy,F,2010;1)*

## **De los saberes**

En la clínica como espacio de formación se desarrollan varios saberes a enseñar y a aprender. El saber disciplinar, el saber hacer, el saber comunicar y el saber ser; parecen ser los trabajados explícitamente en este ámbito. Los docentes hablan de aquellas tareas o procedimientos específicos del área salud (saberes disciplinares), de las actitudes necesarias para establecer un encuentro entre los participantes (saber ser), de las formas de vincularse y comunicarse (saber comunicar) y por último se refieren una forma característica de comprender, analizar las situaciones planteadas para su resolución

(saber hacer).

## **Saber ser**

En el saber ser tenemos los aspectos actitudinales esperables para un profesional de la salud en un espacio clínico. Entendiendo por actitud como la forma de actuar, el comportamiento y el lenguaje que emplea el sujeto en una situación determinada, implicando aspectos posturales que permitan el encuentro con un otro desde el respeto, la responsabilidad y la valoración del espacio y de ese otro sujeto presente (paciente, colega, técnico, etc).

*“En el respeto a la persona, como persona, hacia el otro, ya sea al paciente, tu compañero de trabajo y demás, porque se supone que tú sos un referente de los otros, creo que tenés que tener una determinada postura y ubicarla en el entorno que estás, si tú querés generar una conducta de respeto hacia el otro, me parece que la postura, el lenguaje y cómo te vinculás” (D1)*

*“...con los respetos hacia el otro, con, y que son parte de la formación, yo creo que si el estudiante se lleva el conocimiento teórico, pero se lleva todos estos valores que tienen que ver con el reconocimiento profesional, con el reconocer qué es la profesión, con el respeto al usuario, con el respeto al colega, con el respeto a las otras disciplinas, chau, el resto, lo construye”.(D6)*

*“...si uno les enseña que hay que respetar y valorar a esa persona que está allí, dándose a uno, bueno, eso está bueno, porque el paciente no va a notar el contacto, porque hay un contacto físico impresionante”(D12)*

Uno de los aprendizajes en los procesos asistenciales es relacionarse desde el respeto; el respeto por todos los sujetos presentes, de la propia profesión y sus haceres. A su vez, el respeto se da desde la forma postural que se toma, la forma de vestirse, la forma de comunicarse; actitudes que apuntan a lograr un buen vínculo para lograr una mejor asistencia y la resolución del problema planteado.

La responsabilidad también surge como una de las actitudes que se espera desarrolle el estudiante; responsabilidades diferenciadas. Unas hacen a aspectos formales como el horario y la asistencia; otras a responsabilidades con lo disciplinar, con el ejercicio de la profesión y las tareas a realizar en la atención al paciente. Ir preparado para lograr una adecuada y pertinente atención. Por último, se hace referencia a una responsabilidad muy relacionada con la anterior y es la que el estudiante debe saber que va a hacer y como pero a su vez ser conciente que puede enfrentarse a situaciones que no tenga o el conocimiento o la resolución, por lo que es parte de su responsabilidad buscar posibles alternativas para dar respuesta a lo que le fuera planteado. Es decir se mencionan responsabilidades en cuanto a aspectos formales, disciplinares, procedimentales, actitudinales y reflexivos ante su práctica asistencial

*“..tiene un contrato, pero además, si no lo tuviera, también lo tiene, de responsabilidad porque es el líder del equipo, por lo tanto, tiene que llegar en hora, tiene que no faltar, si tiene un imprevisto urgente, cuando lo resuelve, tiene que avisar al servicio .”(D1)*

*“...intentamos de que el estudiante se presente al paciente en forma responsable, que, por lo menos, haya estudiado, sepa lo que tenga que hacer y tenga todo el instrumental necesario”(D4)*

*“No existe esa posibilidad de que uno diga: esto no lo sé o, por lo menos, uno no querría que existiera, uno trata de transmitir esa cosa; bueno, mirá, si no sabés, tenés un problema, que tenés que ver cómo resolvés y me parece que eso es lo primero, bueno, no existe la posibilidad de hacer de cuenta que el problema no está, el problema está y bueno, dependiendo de cuál sea la magnitud, habrá que ver cómo se resuelve, porque, a veces, eso se puede resolver consultando a otro que sabe más que uno...implica una responsabilidad, te diría yo, con respecto a todo lo que hablamos, con respecto a la asistencia, a la enseñanza, a lo que debe cuidarse”(D10)*

## Saber comunicar

La comunicación es un elemento fundamental al pensar en los espacios de formación y más aún en la salud y en el ámbito de la clínica. La comunicación entendida como un proceso dinámico de relación social e interpersonal, donde se intercambia información de forma verbal y no verbal (Tamayo, 2013). Además debe considerarse que junto a la información circulan sentimientos, emociones y valores como el respeto y la responsabilidad que son transmitidos por medio del lenguaje verbal y no verbal ( gestos, miradas, escucha, la postura, etc). Tamayo (2013) tomando a Freire expresa “..que las condiciones del diálogo son: el amor, el reconocimiento del otro, la fe en los hombres, que posibilita un clima de confianza y respeto entre los dialogantes , la esperanza, que da sentido al proceso educativo y el pensamiento crítico.”(2013:4)

La comunicación en el área salud es muy importante ya que ella juega dos funciones significativas; una vinculada a obtener y dar información, la otra para poder brindar conocimientos de forma que se puedan realizar acciones y poder tener cierto manejo de las emociones(Tamayo,2013) Estas funciones son altamente específicas en este ámbito ya que la información va a ser el medio para la comprensión y la toma de decisiones del estudiante y del docente , así como la comprensión, colaboración y la toma de decisiones de los pacientes.

Lucarelli, al respecto, expresa que la presencia del paciente implica el desarrollo de “...aprendizajes peculiarmente complejos, como son las habilidades comunicacionales y los comportamientos con fuerte carga emocional.” (2008:10)

La comunicación, el uso del lenguaje en el espacio formativo de la clínica despliega diversas dimensiones, si se contempla lo expresado por los docentes. El uso del lenguaje

tiene sus propias características expresivas en función hacia quién vaya dirigido y es parte de los saberes a apropiarse en este proceso de aprendizaje. Al dialogar con colegas u otros profesionales de la salud es necesario el uso de un lenguaje disciplinar que permita la comprensión de quienes interactúan y a su vez es parte de adquirir un rol y un lugar profesional – disciplinar. *“...cambian el lenguaje, ahora vienen diciendo tiene un dolor de panza y pasa a ser un dolor de abdomen; le duele la espalda, no, tiene un dolor en el dorso, es un año de aprendizajes, de cambios del lenguaje”*(D2). En el intercambio con el paciente se espera un lenguaje más coloquial y cotidiano que permita que el paciente comprenda en que situación se encuentra y así tomar decisiones. *“...trabajás cómo expresarse con un paciente, a veces, con las palabras más simples, pero otras veces, cuando tenés que hablarle a otros profesionales, como aplicar un poco más de, hablar más técnicamente.”*(D9).

Otro aspecto tiene que ver con la forma de comunicarse, el tono de voz, el cómo dirigirse al paciente para construir una relación de confianza que habilite el desarrollo de la atención y su comprensión. Generar un acercamiento óptimo para que cada sujeto participante pueda tener su lugar. A su vez, hay que considerar que desde el lenguaje no verbal o el paraverbal también se comunica y se establecen relaciones; así el lugar de la mirada, la escucha y lo gestual también hay que contemplarlo y concientizar la forma en que cada uno lo maneja, para que no obstaculicen el proceso .

*“Y los estudiantes, ellos como que tienden a tutear a todos, entonces, yo un poco, muchas veces, trabajo eso y también el sentido de que todo lo que tiene que ver con el tuteo... porque el tutear, también te ubica, te puede hacer salir del rol, del lugar...hay una modalidad del tono de voz, de cómo hablás, de, a veces, yo qué sé, te encontrás, de repente, con estudiantes como muy duros en cómo hablan...”*(D3) *“...en relación al lenguaje que utilizan, a los gestos...se evalúa por ejemplo duración de la entrevista como me dirijo e iniciar la entrevista desde el marco del respeto y por ejemplo sin tutear pero pudiendo manejar la posibilidad de dependiendo de la relación que se tenga en ese*

*proceso de comunicación que se tenga el paciente tiene mayor apertura o directamente le dice por favor tuteame entonces ta pero siempre iniciar desde una posición de respeto. Y la postura lo mismo si nosotros vemos tonos de voz, también la actitud que no todo el tiempo miren el papel y si están teniendo una comunicación verbal que puedan mirarse a los ojos. Esas cosas las miramos antes. Se dejan que se desarrollen en la entrevista y luego hay cosas específicas que se tomen en el posterior... el tema de la comunicación, del saber escuchar.” (D15)*

De lo expresado puede identificarse como estos saberes, si bien se pueden ver y trabajar por separado están interrelacionados entre sí en lo cotidiano del hacer. En tanto, que esos saberes que hacen a lo actitudinal también construyen lo comunicacional y a la inversa, cuanto de lo comunicacional se relaciona con las actitudes desarrolladas. Pensar en lo actitudinal, lleva a contemplar lo comunicacional y desde lo comunicacional lo actitudinal; y esto desde una situación vincular enmarcada en lo asistencial y en lo pedagógico.

### **Saber disciplinar**

El saber disciplinar abordado en el espacio de la clínica, se ve sesgado por lo singular de cada disciplina, pero del relato docente se encuentran saberes compartidos; aquellos que contemplan los saberes relacionados con el saber hacer y el saber ser. De los saberes mencionados, se destacan, por un lado, aquellos vinculados a aspectos de la técnica, del desarrollo de destrezas manuales y procedimentales.

*“...yo hago mucho hincapié en lo que es el manejo clínico y técnico, de todo lo que tiene que ver con escucha, escuchar cómo viene, todo lo que tiene que ver con cómo llega a esa consulta, por un lado, los aspectos formales o técnicos.”(D3)*

*“...irlos ayudando en las destrezas manuales, que son lo otro, el otro extremo de lo que es nuestra profesión, incorporamos conocimientos, pero además, después tenemos que realizarlos con nuestras manos y ahí es donde están las dificultades.”(D12) “Todo lo que es el manejo, la habilidad y la destreza.”(D6)*

Por otro lado, los saberes que promueven la construcción de un vínculo adecuado y que facilite la asistencia.

*“...confidencialidad y lo que es el encuadre.”(D5) “...el abordar al paciente, el enfoque al paciente, que lo tiene que clasificar en un modelo o en otro.” (D7)  
“...rescatar lo humano de ese sujeto.”(D8)*

En los espacios de prácticas pre-profesional con estas características se desarrollan los saberes disciplinares de cada una de las disciplinas, pero los saberes que los docentes expresan como los compartidos son los referidos a los aspectos técnicos y los vinculares. Seguramente, por todo lo expuesto en cuanto a generar un espacio para que el estudiante pueda posicionarse como profesional y desplegar las tareas esperables en el encuentro con el paciente y así vivenciar la complejidad del mismo.

## **Saber hacer**

Diálogos entre el sentido común y el razonamiento clínico

Del sentido común

El sentido común es un conocimiento construido y compartido entre sujetos que pertenecen a un determinado contexto social y cultural; es un acuerdo natural que se hace sobre un tema particular. Se vincula a la toma de decisiones con buen juicio, de acuerdo a la concepción que se tenga de una situación específica o del mundo en general. Este conocimiento parece construirse a partir de los sentidos, la experiencia vital o desde la sensatez. Es un conocimiento que permitiría comprender la realidad y que

orienta frente a la misma.

Académicamente, algunos autores han reflexionado y conceptualizado sobre el sentido común.

González de Luna (2004), refiriéndose a Popper expresa que el conocimiento innato es el aspecto primario del sentido común pero a su vez éste es construido en el marco cultural en el que se desarrolla; es decir que también es constituido por conocimiento aprendido.

Por otra parte, Wikinski (2001) desde una perspectiva social lo entiende como una categoría de pensamiento constituido por el contexto social. Se refiere al sentido común como un conocimiento epocal, histórico y cultural. Con lo cual el sentido común forma parte de las significaciones sociales y por tanto parecería posicionar al sujeto como despojado de su capacidad de construir dicho conocimiento. Sería un conocimiento dado socialmente y adquirido culturalmente. Y transformado por el sujeto de acuerdo al momento socio-histórico que vive.

Aspectos innatos, componentes y acuerdos socio-culturales conforman el sentido común como un conocimiento que permite la toma de decisiones y acciones en una realidad determinada.

El sentido común, se vislumbra en el discurso docente como conocimiento necesario para el desarrollo de las tareas asistenciales, por lo cual irrumpe en la experiencia formativa; el docente lo espera y el estudiante debe ponerlo en práctica. Con significados y alcances diversos los docentes hacen referencia a un sentido común que circula en estos espacios de enseñanza como un *conocimiento situacional, experiencial* que se construye en la trayectoria vital y profesional, instrumentando el hacer profesional. Tardif (2004) define el saber experiencial como un saber específico que se construye a partir de la práctica profesional, del trabajo cotidiano y del conocimiento del medio. Implica un saber hacer y

saber ser. Esta concepción de Tardif diáloga con lo que González de Luna(2004) plantea al concebirlo como un conocimiento tácito, un conocimiento práctico orientado a la acción; de la misma forma lo hace Wikinski que dice que el sentido común refleja un nivel de experiencia y creencia basado en la acción práctica en la vida diaria. “La experiencia es fuente de información, provee información sobre cosas actuales que podemos observar por medio del aparato sensitivo”(2009:46).

*“En realidad, el sentido común, yo a lo que me refiero es como contextualizar bien la situación, hacer bien un diagnóstico de situación, tener como una apertura, una mirada más abierta de captar mucho más información desde lo gestual, desde miles de cosas que hacen a la situación, al problema”.*(D9)

El sentido común que hacen referencia los docentes es un conocimiento que se construiría en cada situación, en cada encuentro con un otro..un otro paciente-usuario..un otro institución... parece mencionar, en contraposición al que es definido por los autores mencionados, un sentido común singular y específico y no proveniente de acuerdos sociales. Un sentido necesario para la comprensión y desarrollo de las prácticas asistenciales y que se pone en juego y desarrolla en estos espacios formativos.

*“...el sentido común para que el trabajo sea más individualizado y más efectivo...”* (D15)

A su vez, y como contrapuesto a la idea anterior, los docentes hacen referencia al sentido común como un conocimiento que los sujetos traen y portan de forma innata y que hace a la supervivencia. Conocimiento innato que se desarrolla en el hacer cotidiano.

*“Yo creo que el sentido común es como el salvataje de la vida, vos podés ir a la mejor facultad, pero si no tenés sentido común, no sé dónde se mide ni con qué, pero uno es, como decía, es de supervivencia”.*(D13)

El sentido común es relatado como conocimiento de la experiencia, conocimiento innato o como conocimiento construido en el interjuego de ambos.

*“...creo que está asociado, capaz, a los procesos de vida, a lo que le ha tocado vivir, a, o a la naturaleza, no sé...”(D13)*

Algunos docentes relacionan el sentido común a lo histórico, cultural.

*“..Sí, yo creo que sí, que sí, creo que juega el sentido común. Con, capaz que con esa cuestión que es uno de los objetivos que tiene eso del sentido común, que lo que para uno es sentido común, lo que a uno se le ocurriría que algo es de sentido común, capaz que no siempre es. Capaz que eso, como cambia también, con el tiempo, con, quizás, yo creo que sí, que hay cosas, que hay muchas cosas que son de sentido común, pero bueno, también admito que eso tiene como un margen amplio de variación.” (D10)*

El sentido común es, entonces entendido como conocimiento innato, adquirido cultural y socialmente o construido desde la propia experiencia expresan sentidos y significados dados por los docentes en este espacio pedagógico a ese conocimiento. Entiendo que de estas definiciones acerca del sentido común, se pueden considerar como particular y específica de estos espacios formativos la que lo refiere como conocimiento construido desde la singularidad de cada situación, de cada encuentro con el otro permitiendo comprensión y acción. Poner en práctica el sentido común en estos espacios implica mirar, escuchar y posicionarse en la situación de atención para comprenderla y definir estrategias profesionales o terapéuticas. Con lo cual, para el desarrollo de este sentido común en estos espacios pedagógicos el encuentro con un otro, un otro docente, otro estudiante, otro usuario-paciente se vuelve imprescindible. En este encuentro, donde es necesario manejarse con y desde este sentido común, el mismo podría construirse desde el propio hacer, desde el mirar hacer o paralizarse por la propia situación planteada, por la falta de experiencia.

*“...creo que, cuando me ven, también se asombran del uso, a veces, del sentido común en relación al encuentro con el paciente, sin perder el lugar” (D8)*

*“... el criterio del sentido común porque en esto también pasa mucho que en el relacionamiento con el otro se pierde mucho lo del sentido común y de repente las cosas*

*sencillas y prácticas se pierden...”(D15)*

*El sentido común es un conocimiento innato y/o adquirido cultural y socialmente... en los espacios pedagógico de prácticas preprofesionales en la clínica se construye desde la singularidad de cada situación, de cada encuentro con el otro permitiendo comprensión y acción.*

### Entre el sentido común y el razonamiento clínico

*“...yo les trato de incluir a los estudiantes aspectos que no son los comunes y silvestres. Por ejemplo...yo voy con los estudiantes y me paro en la puerta de la sala, entonces digo miren a todos los pacientes y díganme cuál está grave y cuál no está grave, de mirarlos. Entonces, digo aquel que está allí, ¿a vos te parece que está grave?, esa es la impresión clínica que vos tenés que tener del paciente. Aquel que está allá, ¿a vos te parece que...? Entonces, yo trato de explicarle y decir todo ese tipo de cosas que, habitualmente, no está en ningún lado para leerlo, que es la intuición personal y el raciocinio y elaborar de acuerdo a...Entonces, esas cosas, las trato de enseñar, de inculcar.”(D2)*

El relato de este docente revela cuanto del sentido común y cuanto del razonamiento clínico se pone en juego en el ámbito de la clínica. Por ello, en estos espacios pedagógicos, además de transmitir algo del sentido común también es necesario la formación y comprensión del razonamiento clínico. Este razonamiento se considera esencial en la práctica profesional en ciencias de la salud (Charlin et al., 2003). El razonamiento clínico se entiende como el proceso de razonamiento y de toma de decisiones que permite realizar una acción que fue considerada la más pertinente en una situación específica. El razonamiento clínico constituye uno de los componentes de la competencia clínica, los otros dos son los conocimientos en ciencias básicas y clínicas, y las habilidades técnicas, interpersonales y clínicas y por lo expuesto podría pensarse en

el sentido común. En la bibliografía sobre el tema se pueden diferenciar dos formas de realizarlo: la forma analítica, basada en la consideración cuidadosa de los elementos hallados y la forma no analítica, que se basa en el modelo de reconocimiento de patrones e implica buscar casos similares al actual con otros que ha tenido en el pasado, es decir, recurre a su experiencia para reconocerlo y a la intuición. El modelo no analítico implica el reconocimiento de patrones que permitan comprender la situación a abordar. La diferencia entre los expertos y los principiantes es que estos últimos al tener menos patrones incorporados en su experiencia, pueden considerar datos no relevantes para la constitución de los patrones (Gómez,2013) El uso de ambos modos de pensar las situaciones y resolverlas de forma alternada, de acuerdo a la situación planteada y la indefinición del caso (Nolla, 2006).

Los docentes expresan que dentro de los saberes o contenidos a trabajar con los estudiantes se encuentra el incorporar como estrategia para comprender y resolver la situación planteada, el método clínico y en especial el uso del razonamiento clínico. A la vez se puede ver como hacen referencia a los dos modelos (analítico y no analítico)

Del modelo no analítico

*“...el de un psicólogo clínico que pueda como operar en la situación de consulta, que la consulta le permita como tener un pantallazo de comprensión para después orientar, resolver o indicar una derivación...parece que eso sí tiene que ver con la clínica, cuidar al paciente, pero saber que yo estoy aprendiendo y que esto que no me funcionó acá, cuando me vuelva a pasar, poder pensarlo para no repetirlo...Aún cuando se equivoque, esta posibilidad de darse cuenta, de hacer algo con la intuición y con la interpretación, de articularlas en un “no me gusta, creo, pienso y no solamente siento”(D8)*

## Del modelo analítico

*“...transmitir cuál es el razonamiento que uno aplica, intenta aplicar algo para llegar a alguna conclusión, para saber por qué, yo qué sé, este síntoma puede significar esto u otra cosa u otra cosa, porque es una cosa que no siempre es clara para uno mismo, cómo se llega a determinados resultados en ese proceso y después, creo que es la consideración de los múltiples aspectos que implica el acto de asistencia, me parece que es, capaz que el desafío más grande que uno debería proponerse, cómo influir en la, cómo lograr promover en los estudiantes que se planten de determinada manera frente al acto de asistir a alguien, no solamente de cómo pensar, de en qué pensar sino cómo actuar en todo lo que implica eso...”(D10)*

*“...cómo se producen los encadenamientos racionales del médico en práctica...uno tiene un esquema y se los pone en un power point, cómo es el razonamiento clínico, pero después es difícil, eso, pasarlo de lo teórico a lo práctico. Yo soy de los que creo que el diagnóstico o la llegada a un planteo lo más parecido al diagnóstico clínico, en el 90% de los casos, surge de la anamnesis, del encuentro hablado con el paciente. Pero no siempre el médico arranca para donde tiene que arrancar, o sea, porque depende lo que le sugiera lo que le está diciendo el paciente y eso es bastante complicado...”(D11)*

*“El proceso crítico de resolución de problemas que se da en un espacio práctico, nunca se puede lograr en el aula...Eso que te decía de la resolución del problema, qué pasa cuando me pasa esto, qué tengo que hacer. Bueno, ¿qué hacemos? Y el poder ayudarlos a ese proceso de pensar, me parece de una riqueza importantísima.”(D13)*

Es incuestionable que para realizar la actividad clínica es necesario el empleo del método clínico, un sistema de pensamiento aplicado para establecer el diagnóstico y tratamiento en una situación concreta (Losada, et al.2009). Uno de los componentes de dicho método , considerado en las investigaciones, es el razonamiento clínico pero no se hace mención al sentido común como parte del mismo; sin embargo los docentes entrevistados lo mencionan como componente presente en la intervención clínica. De la lectura de los sentidos y significados que los docentes otorgan tanto al sentido común (*contextualizar*

*bien la situación, hacer bien un diagnóstico)* como al razonamiento clínico ( *proceso crítico de resolución de problemas*)*se desprende que ambas* concepciones no son tan diferentes para el docente. Este parecería entrelazar ambas nociones, quedando incluida una en la otra. Un sentido común que porta intuición, pensar y modos de hacer culturales, disciplinares y a su vez es teñido por un modo de pensar clínico. Un razonamiento clínico portador de un proceso, de un modo de razonar y tomar decisiones que a la vez toma lo intuitivo. Entre ambos saberes parecería construirse un tipo de razonamiento reflexivo e intuitivo con la complejidad y paradójico que esto implicaría; pero el hacer en la clínica se constituye desde la complejidad al englobar saberes diversos y necesarios para lograr la práctica asistencial. Por lo que, se puede pensar que el sentido común que hacen referencia los docentes tiene componentes de razonamiento clínico y a la inversa el razonamiento clínico tiene componentes del sentido común; algo de estos saberes parecen haberse naturalizado en el hacer para la comprensión y en las decisiones a tomar. Con lo cual, lo denominado como sentido común, por los docentes, es un sentido cargado de reflexiones que trascienden lo vivencial, lo histórico y situacional ya que también incluye saberes disciplinares, experienciales, clínicos y técnicos.

*“Y, en realidad, nosotros trabajamos mucho con lo que es el proceso de atención nutricional en clínica o de atención nutricional en etapas, tiene etapas y bueno, al principio, vas como pensando cada una como una que lleva a la otra; recabás la información, plantear un diagnóstico, estimar tus objetivos, intervención, lo hacés como medio como pensado y después, cada vez fluye más naturalmente... integrás todo lo que viste en la carrera en una consulta de media hora, entonces, como que aplicar sentido común, resumir, cuesta.”* (D9)

### **...De los vínculos**

Del vínculo asistencial... un saber a construir por el estudiante en diálogo con el docente y el paciente.

Uno de los aspectos formativos que los docentes consideran relevante trabajar en estos espacios es el vínculo con el paciente, un vínculo delimitado por lo asistencial. Enrique Pichon-Rivière (1956) define el vínculo como una estructura compleja que incluye un sujeto, un objeto y su mutua interrelación acompañada de procesos de comunicación y de aprendizaje. Por otra parte, Puget (1995) lo entiende como la interacción y constante relación entre dos o más sujetos. Relación bidireccional, establecida desde una dependencia necesaria, donde quedan definidas y se construyen cada una de las partes. *“El uno define a un sujeto en relación con un otro. La interrelación define lo que circula entre ambos o varios sujetos. Para que estos mecanismos adquieran su significado vincular comportan la exigencia de un compartir, única manera de construir el espacio o la red en la cual se teje y tejerá la representación vincular.”* (1995:420) A su vez, esta autora considera que para comprender los vínculos es necesario pensar en el encuentro de subjetividades presentes en toda relación.

En el vínculo asistencial en el marco de la formación, las relaciones se establecen entre tres sujetos (el paciente, el estudiante y el docente) con lugares claramente definidos y contruidos en el encuentro. El docente considera que este espacio es el indicado para que el estudiante, además de ubicarse en el lugar de profesional pueda apropiarse y comprender lo relevante que es el generar un vínculo con el paciente para facilitar su tarea. Al establecer el vínculo, un vínculo de confianza es posible contar con el paciente, trabajar junto a él; lo que determinaría una atención y resolución más adecuada y beneficiosa para ambos (para el paciente, para los profesionales). El vínculo implica comunicarse, comprometerse, responsabilizarse, estar, sentir, hacer, escuchar y reflexionar

*“...la diferencia con el aula es que te permite el vínculo...creo que es necesario el vínculo...el acercarse, el darse cuenta, más, también, para mostrar lo vincular, que*

*cuanto mejor nos vinculemos con ese paciente, mejores son las oportunidades que él nos va a brindar. Eso es una de las cosas que más trato de transmitir en las primeras instancias de la apertura... esa necesidad de enseñarles que lo vincular es tan importante, desde lo postural hasta cómo se paran, hasta el aspecto que tienen, hasta lo importante que es que los demás vean que están bien uniformados, que sus uñas estén prolijas, que estén identificados, que sepan quiénes son, creo que es uno de los pilares básicos...”(D13)*

*“..cosas de comunicación y del relacionamiento médico-paciente, que de otra índole. Por ejemplo, esto que yo te contaba del diagnóstico y el diagnóstico diferencial, en la medida que no haya una relación de confianza, vos no podés...como tengo esta buena relación y él va a seguir viniendo y yo lo voy a seguir controlando, voy a poder ir modulando en el futuro el tratamiento y la conducta.”(D11)*

Plantearse trabajar desde y en el vínculo, le permite al estudiante aprender experimentando lo que se siente; lo que se debe mirar, escuchar; comprender y hacer. Por su parte, el docente puede escuchar, mirar y comprender desde la mirada del profesional y del docente, articularlas para acompañar el proceso que se desarrolla en esa situación específica de enseñanza. Es permitirle al estudiante que comprenda, viviendo el complejo entramado de saberes, sentimientos y haceres que se despliegan en el encuentro con el otro. Sentimientos que circulan por el propio encuentro; desde el estudiante se puede pensar en sentimientos de inseguridad, de confianza, de desconcierto ante lo que se encuentran; de temor de tocarlo (tocarlo corporalmente y verbalmente... desde lo que debe hacer para comprender qué le ocurre al paciente, desde lo que debe preguntar y decir sin invadirlo aunque parecería que irremediablemente algo se invade. *“...somos cirujanos. Entonces, lo cortaste, todo ese tipo de cosas, entonces, vos tenés que tener un vínculo con el paciente que te permita hacer eso.”(D2)* Por ello, la importancia de cómo establecer el vínculo y de generar una confianza óptima. Una confianza óptima, derivada del concepto de distancia óptima

(Pichon Riviere), que implica poder estar lo suficientemente cerca y a la vez y paradójicamente lo suficientemente lejos para comprenderlo. En el paciente es imaginable la presencia de otros sentimientos que desde su lugar deben de generarse, como la desconfianza, el temor a mostrarse, a dejarse tocar, etc. El docente también con temores, confianzas y desconfianzas, certezas e interrogantes. Cada uno, en ese espacio, está presente con sus fortalezas y debilidades apostando a comprender y comprenderse, para lo cual necesita establecer relaciones, vínculos que se lo permitan.

*“...el momento es enfrentarse por primera vez a un paciente, mirarlo a la cara, saludarlo, animarse a examinarlo...al escuchar al paciente, el observarlo, el mirarlo, empieza a tener un sesgo más técnico, o sea, no observarlo por mirarlo sino para identificar aquellas carencias que pueda tener o aquellas alteraciones que pueda presentar. Y lo mismo, poder escucharlo para identificar cuáles son sus necesidades y dentro de las necesidades, cuáles son aquellas que uno puede colaborar en darle herramientas para mejorar su salud.”(D6)*

*“...además de comprender, pueda transmitirlo, interactuando con el paciente, o sea, que se pueda desprender de ese conocimiento para que el otro lo pueda tocar...porque, teóricamente, uno puede como generar eso, pero transmitir esto, me parece que implica el ponerse en el lugar de..., implica un conocimiento del otro, también, como para poder meterse; implica una imposición, también de uno, para que el otro lo pueda asir, lo pueda tocar, lo pueda ver, lo pueda entender.” (D8)*

Otro de los vínculos, que hacen referencia los docentes, es el que debe construir el estudiante con el equipo de salud que también trabaja con el paciente. Se plantea que no se puede pensar el trabajar en la salud en el ámbito de la clínica en el hospital sin considerar los otros técnicos que intervienen en la atención de ese paciente *“...para poder abordarlo de forma integral...”(D15)*

*“Me parece que ahí juega como un rol central el desarrollo de los vínculos, que tienen que ver con los vínculos, en primer lugar, con el paciente, con el docente, con el grupo de estudiantes o con el grupo de trabajo, con el equipo*

*asistencial...porque no existe acá la posibilidad de ninguna cuestión individual, no hay nada que uno pueda hacer al margen de esa vinculación con los otros.”(D10)*

Del vínculo pedagógico...un saber del docente a construir con el estudiante en diálogo con el paciente.

Etimológicamente palabra vínculo proviene de vinculum (Nuñez,2003) y considera tres concepciones. El vínculo como atadura, marca y ata al sujeto a lo social, a la cultura, al lenguaje. Plataforma a lo “por-venir”, cuando se juega bien, cuando se da el lugar a la transformación. El vínculo permitiría contextualizar al estudiante en el marco disciplinar y profesional a desarrollarse, conocer sus saberes, sus técnicas y sus haceres; lo que se entiende le permitirá transformarse y construir su identidad profesional. A su vez, el vínculo como joya, permite la transmisión intergeneracional, dejar “entrever” el brillo de lo que se transmite y en la articulación entre generaciones se genera y crea confianza. Descubrir en el encuentro con el otro (docente, paciente, conocimiento) la potencialidad en un ámbito de confianza que habilite el hacer y desarrollo personal y profesional. Por último se refiere al vínculo como salto y juego, en tanto promesa de un tiempo nuevo, futuro, libertad. Desde el vínculo, fortalecerse, construirse para lo que viene; el ser profesional autónomo.

Desde el vínculo el estudiante aprende y consolida su ser profesional a partir de lo que sabe y debe saber (la atadura), de lo que construye (la joya), de lo que comprende y produce en el encuentro (salto y juego)

*“...viendo el paciente, viendo la relación de él con el paciente o de ella con el paciente, viendo la relación de cómo supervisamos, del grupo con el docente, de mi relación con él y de la vida, de la etapa donde está el estudiante y algunos ejemplos en relación a mi vida y lo cotidiano.”(D8)*

*“...es un aprender, hay estudiantes que siempre los pacientes los abandonan, es como..., entonces, ahí nos ponemos a pensar: ¿será el paciente o será el estudiante que, de alguna manera, no le transmite al paciente ni seguridad ni confianza ni lo que sea?”(D14)*

El estudiante debe pensarse en el acontecer del encuentro con el paciente, aquello que le ocurrió, como se sintió, que hay que hacer, posibilidades y limitaciones. Es mirar y mirarse. El docente debería promover ese pensar, es parte de construir y sostener el vínculo pedagógico.

*“Acá, lo que diferencia es el vínculo, vos sabés quién es, qué le pasó, qué cara trae, si se siente mal. Después de estar...meses, vos ya sabés quién es, qué familia tiene. Y, muchas veces, yo qué sé, estudiantes que te cuentan cosas de su vida personal, de su vínculo, desde que..., porque uno les ve las caras y ya después, aprende a conocerse.”(D13)*

Este espacio formativo permite conocerse, establecer una relación de confianza permite que el aprendizaje se produzca desde otros lugares, otras cercanías, cercanías que favorecerían el pensarse y fortalecerse para construirse profesionalmente. Nuñez dice que es el “acto en el que uno reconoce al otro como un humano, digno de confianza, del que algo se espera” (Núñez, 2003:38). El encuentro desde lo humano es un aspecto relevante cuando se habla de formación en un espacio que se construye en y con el otro.

#### Del vínculo pedagógico en el ámbito de la clínica.

Violeta Nuñez (2003) define el vínculo educativo tomando el triangulo Herbetiano de la pedagogía y la relación entre el docente (agente de la educación), el contenido y el estudiante (sujeto de la educación). El sujeto de la educación, debe soportar la violencia necesaria de la coacción pedagógica. El agente, debe sostener el acto pedagógico. Algo de forzamiento, de la violencia simbólica debe entrar en juego para sacar al sujeto de la

apetencia inercial y lanzarlo al mundo, despertarlo. El contenido son los bienes culturales seleccionados para transmitir. El vínculo educativo considerado por Nuñez (2008) esta conformado por tres elementos; en el espacio formativo de la clínica debemos incluir al paciente, con lo cual habría que incorporarlo y considerarlo como el sujeto de la atención. Si bien, como ya mencione hay autores como Lucarelli (2008) que plantean que la actividad que se realiza con el sujeto-paciente sería parte de los contenidos, por lo desarrollado en relación al lugar activo e interactivo que el paciente tiene en el proceso de enseñanza y de aprendizaje debería incluirse como cuarto elemento, diferenciado de los contenidos. Al incluir un cuarto elemento, se debería abandonar la idea de tríada pedagógica y la figura del triangulo, para pensarla como una relación cuaternaria y representarla en forma romboidal.

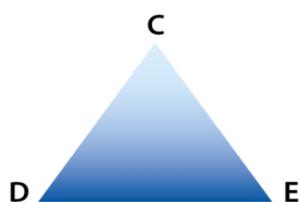


FIG. 1

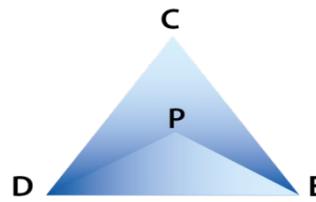
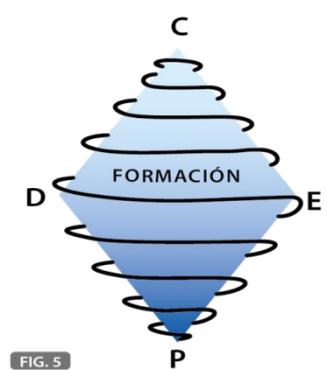
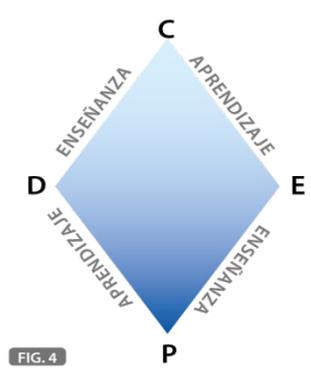
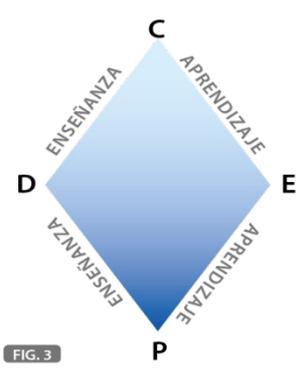


FIG. 2

La elección por una forma romboidal surge a partir de la forma triangular, el sujeto de atención (paciente) ubicado en el vértice del conocimiento se empieza a desprender de ese lugar y constituye un nuevo vértice (ver fig.2) que articula con el docente y el estudiante, configurando relaciones bidireccionales de enseñanza y aprendizaje y con itinerancia de lugares. La itinerancia refiere a pensar que las relaciones que se establecen en este espacio formativo son dinámicas, cambiantes. Como he desarrollado anteriormente, las relaciones de enseñanza y de aprendizaje (siempre pensando en forma bidireccional) se dan entre el docente y el estudiante, entre el estudiante y el paciente,

entre el docente y el paciente y entre cada uno de estos sujetos con el conocimiento.(fig. 3-4). A su vez, el paciente también se relaciona con el conocimiento, siendo portador de un saber que conforma y desarrolla enseñanzas y aprendizajes. La complejidad que se desarrolla en este espacio pedagógico hace pensar que no podemos quedarnos solo con procesos lineales y bidireccionales sino que se debería tomar los procesos de enseñanza y aprendizaje como procesos que atraviesan el espacio educativo de forma espiralada y entonces el modelo de formación no queda solamente entre el docente y el estudiante sino que dinámicamente circula y se constituye entre los diferentes sujetos (fig 5). Cada sujeto, en la interacción se produce y se forma a través de los procesos de enseñanza y aprendizaje.



## **CAPITULO 6.- CONCLUSIONES**

Esta tesis se propuso investigar la singularidad que funda la relación pedagógica en el Área Salud de la Udelar, en un aula que pone en relación al docente con el conocimiento, el estudiante y un otro, que en este estudio es el paciente.

Las conclusiones se organizaron en tres líneas que permiten comprender los objetivos y las preguntas que orientaron esta investigación.

### **6.1 Los docentes construyen estilos específicos de enseñanza en los espacios de formación pre-profesional en el Área Salud.**

Considerando que los espacios de formación pre-preprofesional seleccionados en este estudio fueron en el ámbito de la clínica, los estilos de enseñanza elegidos por los docentes contemplan la presencia del estudiante y del paciente como sujetos que constituyen la práctica asistencial.

Del análisis de los relatos docentes se identifican dos estilos de enseñanza por entender que los mismos habilitan el desarrollo de la enseñanza y promueven los procesos de aprendizaje.

Uno de estos estilos es el que presenta al docente como modelo (modelado), el docente enseña a partir de realizar la tarea asistencial. Desde éste estilo se pretende provocar dos modalidades de aprendizaje: el aprendizaje por observación e imitación y el aprendizaje receptivo significativo. Los docentes entienden que su elección por este estilo atiende las necesidades y el pedido que los estudiantes presentan, fundamentalmente en el inicio de su práctica, ante la falta de experiencia como forma de adquirir confianza para realizar las tareas y para comprender el funcionamiento de la asistencia y del contexto en

que se desarrolla. A su vez, el posicionarse como modelo es conceptualizado como condición de la docencia este espacio y a la vez es una decisión pedagógica. Una condición porque consideran que no todos los saberes pueden ser transmitidos desde la narración sino que deben ser mostrados para su comprensión y apropiación; fundamentalmente hacen referencia a saberes relacionados con habilidades vinculares y actitudinales, con énfasis en la comunicación. Una decisión pedagógica porque así se habilita un aprendizaje por recepción significativa; promoviendo en el estudiante el pensar la situación y pensarse, el dar sentidos y significado al hacer docente.

El otro estilo es el docente como guía (andamiaje), el docente acompaña, orienta y sostiene el aprendizaje del estudiante. Con este estilo se busca favorecer el aprendizaje del ejercicio de la profesión desde el logro de la autonomía del estudiante. Una autonomía que también refiere a la que se requiere para el ejercicio profesional. El docente como acompañante permite que el estudiante tenga su experiencia, vivencie el saber profesional y el saber hacer.

Si bien ambos estilos (“modelado”, “andamiaje”) parecen desarrollarse en diferentes momentos de la enseñanza, del aprendizaje, habría situaciones donde por las características de la situación interaccionan y se articulan. Es decir en el espacio formativo de la clínica, ambos estilos siempre están presentes y circulan dinámicamente de acuerdo a la situación contextual dada.

Ante la presencia e itinerancia de estos dos estilos se puede pensar que ambos son parte de un estilo singular de enseñanza en estos espacios de formación. De esta forma, el “modelado” y el “andamiaje” se constituirían en figuras pedagógicas que conforman ese estilo específico. Un estilo singular de un espacio formado por cuatro componentes (el docente, el estudiante, el paciente, el saber) que sitúa al docente entre estas figuras generando un par dialéctico y espiraldado (modelo, guía). A este estilo lo denominaré

bucle, atendiendo a lo espiralado que lo define. El docente “bucle” construye una enseñanza dinámica, en continuo movimiento; abierta y receptiva al acontecer transitando entre figuras que actúan de modelo o figuras que sostienen y acompañan al estudiante en su práctica pre-profesional.

Con la conceptualización del estilo bucle se puede considerar que en el espacio formativo de las prácticas pre-profesionales se construye un estilo de enseñanza singular y específico. Un estilo que contempla la particularidad que presenta la enseñanza ante la presencia de un tercer sujeto, de un otro...el paciente.

## **6.2 Posibles sentidos específicos que el docente construye en estos espacios de formación.**

De los posibles sentidos contruidos por los docentes en base a su experiencia en los espacios de formación, en el ámbito de la clínica, el transmitir experticia toma un significado específico. Entendida la experticia como los saberes contruidos en la trayectoria vital y profesional del docente. Trayectoria que habla de haber transitado por diversas experiencias profesionales con sujetos diferentes y en circunstancias diferentes, que le permite una flexibilidad en su ejercicio y contar con saberes que le facilitarían comprender situaciones clínicas. Transmitir la experiencia de lo transitado, de lo que sabe es un sentido específico de este espacio ya que promueve en el estudiante un diálogo con un saber específico de las disciplinas del Área Salud, el razonamiento clínico desde una perspectiva no analítica. En tanto, el estudiante podría escuchar patrones, casos que en el momento de tomar decisiones serán de relevancia.

La experticia toma un sentido relevante en estos espacios formativos porque además de contribuir para la comprensión y apropiación de un saber específico en este ámbito, como

es el razonamiento clínico, por medio de lo que el docente cuenta, permite compartir el saber experiencial del docente. Un saber experiencial que acerca al estudiante con la diversidad de situaciones que se dan en el encuentro con un otro. Si bien, esto no siempre aporta para que el estudiante se apropie de ciertos saberes, por eso lo del docente modelo, con sólo la narrativa no alcanza, permite posicionarlo en el trabajo de lo diverso, de lo incierto que sin duda se va a encontrar cuando realice su labor profesional y en su propia práctica pre-profesional.

Otro sentido específico que parece constituirse en este espacio, es el que llamaré el sentido del legado. Un sentido que puede darse en varias situaciones de enseñanza pero la abordada en este estudio toma características particulares. Se hace referencia a un legado donde se transmite además de los saberes disciplinares, los del hacer, los de comunicar y los de ser; se transfiere un saber del cual el docente a través de su trayectoria porta. Y ese saber, construido en su trayectoria abarca las dos lógicas que el docente maneja en este espacio de enseñanza, la lógica pedagógica y la lógica asistencial. Entonces, desde su trayectoria como docente entiende que es parte de su sentido de enseñar el poder legar y heredar su propia experiencia, su sentir y vivencia como profesional y la valoración y cuidado de lo que uno ha construido y de lo que la propia disciplina y profesión también ha construido. Heredar saberes, experiencias, vivencias y pasiones propias. Poder traspasar algo de lo personal, de lo profesional y disciplinar; de la pasión para cuidar lo hecho y preservarlo.

### **6.3 La singularidad de la relación pedagógica en el Área Salud, construída entre el docente, el estudiante, el paciente y los saberes.**

Abordar la singular de la relación pedagógica implicó considerar cada uno de los componentes que la integran (docente, estudiante, paciente y saberes) para poder arribar a dicha singularidad.

El paciente presenta un lugar bien delineado, desde el relato docente. El paciente es un sujeto que interviene y aporta al proceso de enseñanza y aprendizaje a través de su saber de lo que le pasa y de su no saber acerca de porque le pasa. Este saber y no saber son parte constitutiva del desarrollo del proceso educativo, como también lo es su saber acerca del funcionamiento de los espacios asistenciales (de lo específico de la disciplina y de la institución) y desde allí también contribuye en la enseñanza y el aprendizaje. A su vez, el paciente es un colaborador en el enseñar al estudiante, en animarlo para que realice su tarea y aprenda. También colabora integrando al estudiante al proceso asistencial y con el docente conformando duplas formativas, que a veces se forman intencionalmente y otras espontáneamente con el objetivo de lograr la apropiación de saberes por parte del estudiante.

El paciente además de ser un sujeto con saber y colaborador es un sujeto que aprende, en tanto comprende lo que le pasa. Desde este lugar que genera y ocupa el paciente se puede pensar en un espacio de formación donde se produce un aprendizaje colaborativo. Aprendizaje colaborativo ya que cada sujeto que participa de este espacio formativo tiene un objetivo por el cual estar ahí (el estudiante aprender, el docente enseñar, el paciente mejorar) pero en ese encuentro se entreteje una red donde todos articulan sus objetivos y construyen un objetivo centrado en el logro de la atención y la formación.

El *paciente* que los docentes relatan, entonces se podría caracterizar como sujeto

*portador de saberes* (el saber de lo que le pasa, lo que le preocupa, el saber acerca de las formas de atención, del funcionamiento hospitalario y de la policlínica, de la posición del estudiante); un *sujeto colaborador* en la enseñanza y en el aprendizaje; *un sujeto que aprende y que enseña*.

El estudiante participa en estos espacios formativos desde diferentes modalidades; como observador, como observador-participante y como participante. Desde estas modalidades realiza su práctica, transita por la experiencia de posicionarse como profesional.

La experiencia permite que el estudiante de sentido a su accionar, se apropie de los aprendizajes que se desarrollan y afiance sus saberes y haceres profesionales construyendo su identidad profesional. Vivir esta experiencia provoca su crecimiento y desarrollo como persona y profesional. El estudiante al ingresar a un servicio asistencial que desconoce puede atender situaciones no percibidas por el docente, lo que puede generar modificaciones en lo asistencial y en lo pedagógico. A su vez, se produce entre el estudiante, por su lugar diferenciado al del médico, y el paciente un vínculo que habilita la circulación de otros saberes productores de otros conocimientos. Lo que puede hacer pensar en un lugar de enseñanza para el estudiante.

El estudiante participa en este espacio; desde un lugar que lo define, lugar de experiencia. Asimismo, este espacio le permite ubicarse como profesional y desarrollarse no solo profesionalmente sino también como persona. Aprende y puede ser constructor del espacio de enseñanza.

Acerca del lugar y estilos docentes ya me he desarrollado pero aquí señalaré que a pesar de considerarse que en la práctica docente, más aún en estos espacios de enseñanza donde prevalece una incertidumbre ante lo que sucederá en el encuentro con los otros sujetos la actividad reflexiva no se menciona con la fuerza esperable de acuerdo a las concepciones planteadas. Esto no significa que los docentes no tengan una actitud

reflexiva en su hacer docente, quizás hay una naturalización de la reflexión que produce su no explicitación. Otra lectura posible, sería que el docente no tiene de forma explícita, diferenciada la práctica docente de la práctica asistencial, provocando una indiferenciación en los procesos reflexivos de una práctica y de la otra.

En la relación pedagógica los saberes son otro componente que la integran. Los docentes traen diversos saberes a enseñar y a aprender. El saber ser, que comprende los saberes actitudinales como las formas de actuar, el respeto y la responsabilidad. El saber comunicar; este saber tiene un lugar destacado en el Área Salud ya que es importante obtener, dar y brindar información por ser el medio por el cual es posible comprender y tomar decisiones tanto para el docente, el estudiante, como para el paciente. El saber disciplinar, es un saber que hace a la especificidad de cada disciplina pero los docentes relatan que en este espacio formativo, se desarrollan aquellos saberes disciplinares que se encuentran relacionados a los aspectos técnicos y vinculares. Estos saberes son considerados por todas las disciplinas en estos espacios formativos. Otro saber, traído por los docentes es el saber hacer y que se aborda desde la complejidad que implica en la situación asistencial el empleo de sentido común y el razonamiento clínico.

De los sentidos y significados que los docentes otorgan a ambas nociones, parecería que las mismas se entrelazan, quedando incluida una en la otra. Entre ambos saberes parecería construirse un tipo de razonamiento reflexivo e intuitivo. Por lo que, se puede pensar que el sentido común tiene componentes de razonamiento clínico y a la inversa el razonamiento clínico tiene componentes del sentido común. Con lo cual, lo denominado como sentido común, por los docentes, es un sentido cargado de reflexiones que trascienden lo vivencial, lo histórico y situacional ya que también incluye saberes disciplinares, experienciales, clínicos y técnicos. Con lo cual queda la pregunta si al hablar de sentido común y razonamiento clínico no harían referencia a la misma idea. En el

saber hacer también se desarrolla todo lo referente a los vínculos, un saber que es de relevancia para pensar y posicionarse en procesos asistenciales o en procesos pedagógicos. El vínculo asistencial es un saber a construir con el estudiante en diálogo con el docente y el estudiante. Es relevante para facilitar la tarea, en tanto se construya un vínculo de confianza que permita trabajar junto a el paciente producir una mejor atención y resolución de la misma. Desde este vínculo se aprende experimentando lo que se produce en el encuentro con el otro. A su vez, se hace referencia a la importancia y a la necesidad de establecer vínculos con los equipos de salud, de forma de no trabajar en solitario y lograr la mayor integralidad en la comprensión del paciente.

El vínculo pedagógico, es un saber del docente que se construye con el estudiante en diálogo con el paciente. Es un saber que permite el pensarse a si mismo, en sus sentires y en sus haceres. Este vínculo esta constituido por la tríada estudiante, conocimiento y docente en sus mutuas interrelaciones.

En el vínculo pedagógico en el ámbito de la clínica, debe contemplarse la presencia del paciente, que de acuerdo a lo desarrollado en relación al lugar activo e interactivo que el paciente tiene en el proceso de enseñanza y de aprendizaje se debería incluir como cuarto elemento. Al incluir un cuarto elemento, se debería abandonar la idea de tríada pedagógica y la figura del triangulo, para pensarla como una relación cuaternaria y representarla de forma romboidal. El paciente, en esta figura, ocuparía el cuarto vértice generando relaciones bidireccionales, dinámicas y cambiantes, de enseñanza y aprendizaje. Desde esta realidad de relaciones bidireccionales y dinámica entre todos los componentes de la situación educativa, se deberían tomar los procesos de enseñanza y aprendizaje como procesos que atraviesan el espacio educativo de forma espiralada y entonces el modelo de formación no queda solamente entre el docente y el estudiante sino que dinámicamente circula y se constituye entre los diferentes sujetos. Así, entonces

se constituye una singularidad en la relación pedagógica en los espacios de formación preprofesionales, al considerar como parte diferenciada y constitutiva de la misma la presencia del paciente. Se configura una relación cuaternaria, es decir entre cuatro componentes (el docente, el estudiante, el paciente y los saberes) con interacciones bidireccionales entre los sujetos y de los sujetos con el saber.

## BIBLIOGRAFIA

Andreozzi, M. (1996): "El impacto formativo de la práctica. El papel de las 'prácticas de formación' en el proceso de socialización profesional ". En: *Revista del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación*, n. 9. Facultad de Filosofía y Letras.UBA.Argentina

Blanchard, C; Beillerot,J.(1989) Saber y relación con el saber. Ed. Paidós. Argentina

Bruner, J. (1988) Realidad mental y mundos posibles. Ed. Gedisa. Barcelona

Bruner, J. (1997) La educación, puerta de la cultura. Ed. Visor. Madrid

Callejas, M. (2005).Los estilos pedagógicos de los profesores universitarios. Universidad Industrial de Santander. Recuperado de:  
<http://www.universia.net.co/docentes/articulosdeeducacionsuperior/loestilospedagogicosdelosprofesoresuniversitarios.html>

del Barco, B. L., & Pérez, C. L. (2007). La formación en técnicas de aprendizaje cooperativo del profesor universitario en el contexto de la convergencia europea.*Revista de psicodidáctica*, 12(2), 269-278. Extraído de  
<http://ehu.es/ojs/index.php/psicodidactica/article/viewFile/216/212#page=95>

Documento sobre Carrera Docente-Comisión Carrera Docente- UdelaR.Noviembre 2011

Eva, K. (2005). What every teacher needs to know about clinical reasoning. *Medical Education*, 39(1), 98-106.

Fazio,G. (2013) El lugar de la transferencia en el vínculo educativo. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. **16**, (1). Extraído de: <http://www.revistas.unam.mx>

Fernández Sacasas JA. La formación clínica de los estudiantes en Cuba. EDUMECENTRO [Internet]. 2011 [citado 20 Sep 2012];3(1):[aprox. 7 p.].

Disponible en:<http://www.edumecentro.sld.cu/pag/Vol3%281%29/editorial.html>

Filloux, J.C. (1996) Intersubjetividad y Formación (El retorno sobre si mismo). Ed. Novedades Educativas. Universidad Nacional de Bs. As. Argentina.

Gatti,E. (2009) *Pedagogía y Currículo Universitario*. Manuscrito no publicado. Universidad de la República. Uruguay.

Gómez,A. (2013) Enseñanza en la virtualidad. Tutorías entre pares estudiantiles y tutorías de docentes. Maestría en Enseñanza Superior. CSE. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Uruguay Udelar (tesis de maestría no publicada)

González de Luna, E. (2004) El concepto de sentido común en la epistemología de Karl Popper.*Signos Filosóficos [en línea]*, suplemento núm. 11, vol. VI, pp. 131-144.Extraído de: <http://www.redalyc.org>

Hernández, F. (2011). Pensar la relación pedagógica en la universidad desde el encuentro entre sujetos, deseos y saberes. Barcelona: Universitat de Barcelona. Dipòsit Digital.

<http://hdl.handle.net/2445/20946>

Ilizástigui Dupuy F. La formación de los estudiantes de las carreras y de las residencias de los profesionales de la salud [internet] La Habana: SOCES, 2010. Disponible en <http://files.sld.cu/sccs/files/2010/10/educacion-medica-pre-y-posgrado.pdf>

Larrosa,L.;Skliar,C. (comp.) (2009) Experiencia y alteridad en educación.Ed. Homo Sapiens. Argentina.

Larrosa, Jorge (2007) *Conferencia “Acerca de la Experiencia”* Encuentro Nacional “Formar en Futuro Presente” Programas Aprender Enseñando y Elegir la docencia. Mar del Plata, Argentina. Obtenido en [www.youtube.com/embed/k7OpdwOwaNY](http://www.youtube.com/embed/k7OpdwOwaNY)).

Larrosa, J.(2003) *Algunas notas sobre la experiencia y sus lenguajes*. Depto. De Teoría e Historia de la Educación. Universidad de Barcelona: Serie ‘Encuentros y Seminarios’.Obtenido en [http://www.ses.me.gov.ar/curriform/publica/oei\\_20031128/ponencia\\_larrosa.pdf](http://www.ses.me.gov.ar/curriform/publica/oei_20031128/ponencia_larrosa.pdf).

Lucarelli,E.; Finkelstein,C. (otros). (2009) La enseñanza de prácticas profesionales en la Universidad: Estilos docentes diversos para aprendizajes complejos en las clínicas odontológicas. En Revista de curriculum y formación del profesorado. Vol.13,nº 1. Extraído de [www.ugr.es/local/recfpro/rev13COL1.pdf](http://www.ugr.es/local/recfpro/rev13COL1.pdf).

Lucarelli, E (2008) Los espacios de formación para aprendizajes complejos de la práctica profesional en las carreras de grado de la Universidad de Buenos Aires: el caso de

Odontología.Extraído

de

[www.filouba.ar/contenidos/investigación/institutos/lice/ANUARIO2008/textos/08\\_Elisa\\_Lucarelli.pdf](http://www.filouba.ar/contenidos/investigación/institutos/lice/ANUARIO2008/textos/08_Elisa_Lucarelli.pdf)

Larrosa, Jorge (2007) *Conferencia “Acerca de la Experiencia”* Encuentro Nacional “Formar en Futuro Presente” Programas Aprender Enseñando y Elegir la docencia. Mar del Plata, Argentina. Obtenido en [www.youtube.com/embed/k7OpdwOwaNY](http://www.youtube.com/embed/k7OpdwOwaNY)).

Losada Guerra,J.;Hernández Navarro;E (2009) Apreciaciones acerca de la enseñanza del método clínico. Gaceta Médica Espirituana; 11(2) Extraído de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.11.\(2\)\\_07/p7.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.11.(2)_07/p7.html)

Madruga, J. G. (2003). Aprendizaje por descubrimiento frente a aprendizaje por recepción: la teoría del aprendizaje verbal significativo.en *Coll, C. Desarrollo psicológico y educación II. Psicología de la educación*. Alianza. Madrid

Maggio, L. (2012). Espiral dialéctica: Concepto central como ontología relacional en la teoría de Pichon Rivière.*KAIROS. Revista de Temas Sociales*. Año 16. N° 29.URL: <http://www.revistakairos.org>.Universidad Nacional de San Luis

Perrenoud, P. Diez nuevas competencias para enseñar. Extraído de: <http://redecu.uach.mx//competencias/Diez%20nuevas%20competencias%20para%20enseñar.pdf>

Monereo,C.; Pozo,J.I. (2003) *La Universidad ante la nueva cultura educativa:enseñar y*

*aprender para la autonomía*. Ed. Síntesis. Madrid.

Nolla, M. (2006). El proceso cognitivo y el aprendizaje profesional. *Educación Médica*, 9(1), 11-16.

Núñez, V. (2003). El vínculo educativo. En H. Tizio (Ed.), *Reinventar el vínculo educativo: aportaciones de la Pedagogía Social y del Psicoanálisis* (pp. 19–47). Barcelona: Gedisa.

Pichon Rivière, E. (1979). *La teoría del vínculo*. Ed Nueva visión. Buenos Aires

Pichon Rivière, E. (1977) *El proceso grupal*. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.

Puget, J (1995) Vínculo-relación objetal en su significado instrumental y epistemológico. *Revista de Psicoanálisis APdeBA - Vol. XVIII - Nº 2* - <http://www.apdeba.org/>

Santiviago, C; Mosca, A. (2012) Fundamentos conceptuales de la tutoría entre pares. "Marco de Referencia". UdelaR, CSE. Progreso. Uruguay.

Schön, D (1992) *La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Edit. Paidós. Barcelona. España.

Tamayo, L.; Garcés, L; Mendoza, E. (2013). El proceso de comunicación en la relación médico docente-alumno-paciente. Extraído de [edumedhabana2013.sld.cu/index.php/edumedhabana/2013/paper/view/301](http://edumedhabana2013.sld.cu/index.php/edumedhabana/2013/paper/view/301)

Tardif, M (2004) *Los saberes docentes y su desarrollo profesional*. Ed. Narcea, Madrid.

Vigotsky (1988) *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Ed. Crítica. México.

Vigotsky, L. (1995) *Pensamiento y Lenguaje*. Nueva Edición a cargo de Alex Kozulin. Paidós. Barcelona. España.

*Wikinski, M. (2001) Con sentido común. Revista Topia. No 32. Extraído de:*  
<http://www.topia.com.ar/articulos/con-sentido-com%C3%BA1>

*Zambrano, A.(2006). Tres tipos de saber del profesor y competencias: una relación compleja. Educere v.10 n.33 Meridad. Extraído de: http://www.scielo.org.ve*

ANEXOS

## Dimensiones

### La experiencia docente

- ⤴ Modalidad que se da la enseñanza teniendo en cuenta al otro
- ⤴ Acontecimientos significativos al enseñar: interpela o no pedagógicamente... provoca modificación en su modalidad.

### Construcción de sentidos

---

En el marco de la Maestría Psicología y Educación de la Facultad de Psicología, me propuse conocer la singularidad de la enseñanza en el área salud y definí para ello como universo los docentes que trabajan en clínica de adultos en los diferentes servicios del área. Conocer la experiencia docente en la clínica, pensando en una práctica de enseñanza donde se conjugan la presencia del docente, estudiante y usuario- paciente. Creo que esta singularidad puede implicar una enseñanza específica. Entendiendo que tu trabajas en este ámbito me gustaría conversar en torno a tu experiencia como docente en el mismo

**Consigna:** ¿Cuál ha sido tu experiencia de enseñanza ante la presencia del usuario-paciente. ¿Cómo te has sentido? ¿Qué te ha pasado y te pasa?, ¿cómo preparas la clase? ¿Cómo trabajas los contenidos? ¿Qué tenes en cuenta del usuario paciente? ¿Por qué? ¿Y del estudiante? ¿Cómo estableces la relación entre todos?

**Podrías contarme situaciones, momentos significativos (positivos- negativos) que has vivido mientras enseñabas ante la presencia del usuario-paciente.**

- ⤴ La situación, situaciones que cuentas ¿qué te provocaron, qué te hizo pensar, hacer? ¿Reflexión en el momento o posterior? ¿Actuar? Un momento de pensar, resolución, de transmisión o de construcción de conocimiento o los cuatro. ¿Cómo se da? ¿Es un momento donde existe mayor participación del estudiante, del

docente o de ambos?

- ♣ ¿Cómo enseñas ante la presencia del usuario-paciente? ¿Cómo es tu metodología de enseñanza. ¿Cómo caracterizarías tu forma de dar la clase. Como das la clase
- ♣ ¿Qué enseñas? ¿Qué transmites? ¿Qué construis?, ¿Qué conocimiento? (conocimiento disciplinar, conocimiento clínico, actitudinal, ético?)
- ♣ ¿Consideras que la modalidad de enseñanza es diferente ante la presencia del usuario-paciente que sin su presencia? ¿La presencia del usuario-paciente genera modificación en la enseñanza? ¿Por qué?
- ♣ ¿Qué lugar tiene el docente? ¿Y el estudiante? (El docente es un **modelador** (docente actúa como modelo de acción y competencia para sus estudiantes. Se tiende a un aprendizaje por observación, donde el estudiante observa e imita.) o la intervención del docente es la de “**andamiaje** (el estudiante tiene mayor grado de autonomía y es quién realiza la tarea. El docente acompaña, guía y ayuda, considerando los grados de complejidad de la tarea planteada; oficia de andamio, sostén hasta que el estudiante funciona con autonomía y responsabilidad.) **O pueden darse los dos lugares según los momentos y capaz que hasta en el mismo momento pasar de uno a otro**
- ♣ ¿Cómo pensás que se provoca el aprendizaje del estudiante en estas situaciones de enseñanza? ¿Cómo puede apropiarse o construir saber en esta forma de trabajo.
- ♣ ¿Qué lugar tiene el paciente? ¿Participación del usuario-paciente? ¿Se considera el saber del mismo en la situación de enseñanza? ¿Cómo? ¿Se integra? ¿Construye saber junto al docente y los estudiantes?
- ♣ En síntesis, ¿cómo te parece que se desarrolla la enseñanza en estos espacios? ¿Qué aspectos relevantes la configuran?
- ♣ Defina tres palabras que definan esta situación de enseñanza.

Variables de base

Servicio

Ámbito: policlínica-hospital (sala-emergencia)-grupos-servicios

Sexo

Edad

Años de docencia

Formación pedagógica

