

COLECCIÓN

LA UNIVERSIDAD SE INVESTIGA



Repensando las prácticas profesionales como espacios de enseñanza y aprendizaje de competencias profesionales: el caso de la práctica hospitalaria del curso Nutrición Clínica

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA . COMISIÓN SECTORIAL DE ENSEÑANZA



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



comisión sectorial
de enseñanza



Marta Elichalt Gómez

**Repensando las prácticas
preprofesionales como espacios
de enseñanza y aprendizaje
de competencias profesionales:
el caso de la práctica hospitalaria del curso
Nutrición Clínica**

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA . COMISIÓN SECTORIAL DE ENSEÑANZA

MARTA ELICHALT GÓMEZ

Universidad de la República. Comisión Sectorial de Enseñanza. Unidad Académica
Repensando las prácticas preprofesionales como espacios de enseñanza y aprendizaje de competencias profesionales: el caso de la práctica hospitalaria del curso
Nutrición Clínica

Montevideo: Udelar. CSE, 2015 (La Universidad se investiga, n.º 3) 116 p.

ISBN 978-9974-0-1219-6

Comisión Sectorial de Enseñanza

José Enrique Rodó 1854

Montevideo-Uruguay

www.cse.edu.uy

publicaciones@cse.edu.uy

Rector de la Universidad de la República

Dr. Roberto Markarian

Pro-Rector

Fernando Peláez

Comisión Sectorial de Enseñanza

ÁREA DE TECNOLOGÍAS Y CIENCIAS DE LA NATURALEZA Y EL HÁBITAT

Titular

Cristina Friss

Alternos

Pablo Kelbauskas

Alejandro Amaya

Gustavo Marisquirena

Virginia Villalba

Carlos Luna

ÁREA SOCIAL Y ARTÍSTICA

Titular

Virginia Orlando

Alternos

Luis Senatore

Adriana Santos Melgarejo

Gonzalo Vicci

María del Luján Peppe

Mariela Gandolfo

ÁREA SALUD

Titular

María Josefina Verde

Alternos

Tabaré Ravecca

ORDEN DOCENTE

Titular

Fabiana de León

Alternos

Magalí Pastorino

ORDEN EGRESADOS

Titular

Patricia Manzoni

ORDEN ESTUDIANTIL

Titular

Mauro Font

Alternos

Lucía Yarzabal

Fabrizio Rodríguez

Unidad Académica

Mercedes Collazo

Beatriz Diconca

Nancy Peré

Rafael Rey

Sylvia De Bellis

Patricia Perera

Gabriela Pérez Caviglia

Vanessa Sanguinetti

Esther Sánchez

EQUIPO EDITOR

Coordinación

Beatriz Diconca

Edición

Luciana Aznárez

Diseño

Gabriela Pérez Caviglia

Diagramación

Soledad Menéndez

Fotos

Unidad de Comunicación (UCUR)

Tabla de contenidos

1. Introducción	5
2. Descripción de los resultados	9
2.1 Datos para contribuir a la implementación de un nuevo plan de estudios en la Escuela de Nutrición, Udelar	9
2.2 Síntesis de resultados	17
2.3 Resultados cuantitativos	17
2.4 Categorías del análisis cualitativos	29
3. Metodología de investigación	33
3.1 Diseño de investigación	34
3.2 Diseño del estudio cuantitativo	34
3.3 Diseño del estudio cualitativo	40
4. Conceptos fundamentales y análisis de resultados	43
4.1 El rol de las universidades en el siglo xx y la enseñanza de competencias	43
4.2 Los estudiantes y el aprendizaje	47
4.3 El profesor y la enseñanza	52
4.4 La enseñanza de competencias y el currículum	59
4.5 La práctica hospitalaria como dispositivo de enseñanza situada	73

5. Principales conclusiones y recomendaciones de la investigación	85
6. Reflexiones para compartir	89
6.1 La enseñanza de competencias y el currículum en acción	89
6.2 Las decisiones metodológicas y líneas de investigación sugeridas	94
Referencias bibliográficas	99
Bibliografía	101
Fuentes documentales	102
Anexo 1	103
Formulario anónimo. Encuesta	103

1. Introducción

La presente publicación forma parte de la tesis “La práctica en terreno como espacio de formación: el caso de la práctica hospitalaria del curso Nutrición Clínica de la Licenciatura en Nutrición” para obtener el título de magister de la maestría en Enseñanza Universitaria de la Comisión Sectorial de Enseñanza (en adelante cSE) de la Universidad de la República (en adelante Udelar). La investigación consideró asuntos relativos a la didáctica de las prácticas hospitalarias, que son un espacio educativo de gran tradición en la enseñanza de la Nutrición Clínica desde sus comienzos a mediados del siglo xx. El campo de la didáctica de la educación superior permitió generar una mayor comprensión acerca de como se desarrollan algunos espacios de enseñanza y aprendizaje en la formación profesional, en particular, en el área alimentario-nutricional. De esta manera, se pudo atender a la complejidad que surge en la educación cuando se conjuga la enseñanza de una disciplina específica (Nutrición Clínica) con un campo de desempeño profesional (el hospital). La práctica estudiada se ubica en el Plan de Estudios en un nivel avanzado de la carrera donde los estudiantes ya cuentan con un vasto bagaje de formación.

La investigación sobre las prácticas profesionales durante la formación se sitúa en un campo de problemas mayor: la discusión sobre el mejoramiento de la calidad de la educación universitaria, que tiene más de tres décadas en el ámbito internacional. A nivel nacional, estas discusiones son más recientes pero parte de ellas se encuentran cristalizadas en la Ordenanza de Grado aprobada en el año 2011. En ella se define que uno de sus objetivos principales es brindar una enseñanza pertinente a las necesidades del país y de su gente. A los efectos de este trabajo se consideran: a. el Capítulo II, Sobre Disposiciones Generales y Específicas para los Estudios de Grado; y b. la Sección II, Orientaciones Curriculares. Estos apartados ponen de manifiesto que

los planes de estudio deberían considerar ciertos criterios: 1. la enseñanza a partir de abordajes multidisciplinares y multiprofesionales; 2. la inserción temprana del estudiante en contextos reales de práctica; 3. el equilibrio y articulación entre teoría y práctica, así como entre los principios universitarios de enseñanza extensión e investigación. En consonancia con las discusiones institucionales de la Udelar la Escuela de Nutrición realizó en 2008 una Autoevaluación Institucional que finalizó con un Informe de Recomendaciones. Este documento sugiere incorporar a la enseñanza de grado más espacios curriculares dedicados a las experiencias de aprendizaje fuera del aula. El objetivo de tal recomendación fue contribuir a la dinamización de la metodología de enseñanza y el desarrollo de la interdisciplinariedad, para evitar una tendencia a la fragmentación del conocimiento y un tardío e insuficiente trabajo en terreno. En otras palabras, se sugiere la transformación de la enseñanza tradicional de formato áulico en consonancia con los cambios que se están produciendo a nivel nacional e internacional.

Los diferentes formatos de enseñanza permiten analizar: perfiles de egreso, curriculum y la formación de competencias de orden superior, que incorpora la comprensión más allá de las habilidades instrumentales (Carbajal, 2008; Barnett, 2001). Por ello, gran parte de la investigación buscó conocer cómo la relación teoría-práctica rompe los cánones de la enseñanza rutinaria (Lucarelli, 2004) y cómo es el vínculo que existe entre la enseñanza y el desempeño profesional. En este sentido, a nivel metodológico se realizó un estudio de caso con un diseño mixto, cuantitativo y cualitativo. El estudio cuantitativo consistió en la aplicación de un formulario de encuesta donde se recogieron las actividades del proceso de atención nutricional, la interacción con actores y recursos del contexto hospitalario, así como la conceptualización de algunas de las actividades realizadas (ver Anexo 1). El estudio cualitativo aportó información a través de entrevistas a algunos estudiantes definidos por criterio de saturación, para profundizar la valoración del estudiante respecto al aprendizaje en la práctica preprofesional. Asimismo, la investigación tomó como referencia algunas preguntas orientadoras: ¿Cómo se adecuan las actividades desempeñadas por los estudiantes en la práctica hospitalaria con las requeridas en la atención nutricional hospitalaria? ¿Contribuyen las actividades

desarrolladas en la formación de las competencias requeridas en el campo de desempeño hospitalario? ¿En qué medida las actividades desarrolladas por el estudiante trascienden a las meras actividades rutinarias? ¿Se han considerado dispositivos metodológicos en el plan de prácticas del curso que contribuyan a inscribir las actividades en el proceso de atención nutricional? ¿Existen dispositivos educativos que preparen para las diversas alternativas que se puedan plantear en la atención hospitalaria como una práctica situada? ¿Cómo valoran los estudiantes la práctica hospitalaria del curso Nutrición Clínica en relación con las necesidades de formación? Las preguntas planteadas dieron lugar a las hipótesis y los objetivos que guiaron este estudio y que apuntaban a mostrar en qué medida lo que el estudiante hace, piensa y experimenta en la práctica hospitalaria del curso de Nutrición Clínica responde adecuadamente a las competencias requeridas en la atención nutricional hospitalaria. Por lo tanto, el análisis incorpora el nivel de formación y el ámbito de trabajo, como cuestiones relativas a la valoración de la práctica.

Los elementos presentados anticipan parte del recorrido de la investigación que se inició con la búsqueda en el Plan de Estudios vigente en la Escuela de Nutrición (1998) de orientaciones sobre la calidad de la enseñanza y los formatos de enseñanza. Luego se procedió a analizar los objetivos de aprendizaje y las potencialidades de una práctica pre-profesional en un ámbito extra áulico, para identificar el tipo de competencias que requiere y desarrolla una práctica hospitalaria de nutrición en un nivel avanzado. El trabajo estuvo focalizado en un curso que se ubica en el penúltimo año de la carrera y que tiene una duración semestral de 15 semanas. Cabe destacar que durante la segunda semana se incorporan cursos prácticos de cálculo nutricional en aula y desde la quinta hasta el final se incluyen ateneos y las prácticas hospitalarias. En este sentido, uno de los aportes de este trabajo fue investigar la enseñanza de competencias, que es un área no desarrollada en nuestro país y, por lo tanto, se intentó contribuir a la acumulación de conocimiento nacional en la temática. En este sentido, los objetivos estuvieron centrados en la identificación de las competencias necesarias para un estudiante de Nutrición y cómo estas se pueden integrar transversalmente en el currículum. La perspectiva de investigación

por competencias buscó identificar componentes distintivos del plan de práctica y valoraciones estudiantiles sobre la experiencia, que contribuyeran a proponer las estrategias metodológicas que podrían ofrecer mejores resultados y en consecuencia habilitar una reflexión sobre los sistemas de evaluación más consistentes en relación a los objetivos propuestos por esta forma de enseñanza. Los datos obtenidos pueden contribuir a elaborar un documento para graduar la complejidad de los aprendizajes según el nivel de la carrera y considerar la función docente en este tipo de dispositivos educativos. En este sentido, la investigación aportó datos para la implementación de un nuevo Plan de Estudios que se está elaborando en la Escuela de Nutrición.

Otro de los aspectos a destacar es el efecto que tuvo que la investigadora tuviera una larga trayectoria como docente y como profesional con desempeño en diversas organizaciones. Esto permitió, a la hora de enfrentar la investigación, generar una mirada más profunda fruto de cuestionamientos acumulados en la experiencia. Asimismo, algunos problemas que se investigan, como la incongruencia entre los objetivos de aprendizaje y los logros alcanzados por los estudiantes, son elementos que marcan un camino en la investigación y que surgen de la experiencia de trabajo en prácticas similares.

2. Descripción de los resultados

En este apartado se presentan los resultados del estudio cuantitativo y cualitativo de la investigación. En primer lugar, se describe cómo la perspectiva de la enseñanza de competencias contribuyó al trabajo y a la tarea de implementación de un nuevo plan de estudios en la Escuela de Nutrición. En ese sentido, se ordenaron las competencias implícitas en el proceso de atención nutricional hospitalaria, a la vez que se mostraron los correlatos entre las dimensiones y funciones que estas actividades abarcan. En segundo lugar, se articularon estos conceptos en la práctica concreta del curso de Nutrición Clínica.

2.1 Datos para contribuir a la implementación de un nuevo plan de estudios en la Escuela de Nutrición, Udelar

2.1.1 Aspectos macro: competencias de la profesión

A continuación se fundamenta la importancia de las competencias requeridas en la formación de los licenciados en Nutrición para la atención nutricional en el ámbito hospitalario, en base al Proceso de Atención Nutricional en Clínica (en adelante PANC). Este proceso fue desarrollado por la Asociación Americana de Dietética (Lacey, 2003) y luego adaptado y publicado por la Asociación Uruguaya de Dietistas y Nutricionistas (AUDYN) y la Escuela de Nutrición (Udelar) en 2006. Asimismo, se consideraron atribuciones profesionales expuestas por el Comité de Nutricionistas del Mercosur (2008) y el perfil de egreso de la Licenciatura en Nutrición que describe el modelo básico de desempeño para la práctica pre-profesional (nivel profesional de la carrera).

El PANC aportó a pensar la importancia de la formación en competencias debido a que es un método para la resolución sistemática de problemas que permite pensar críticamente y tomar decisiones que promuevan una calidad de atención segura y efectiva. El término competencia, en este trabajo, refiere a las capacidades del estudiante para cumplir eficientemente con las actividades atribuidas a su profesión. En este sentido, las competencias engloban no solo la acción sino también la reflexión, la valoración y la elaboración de juicios que comprometen pensamientos de orden superior. De este modo, el proceso de enseñanza y aprendizaje debe atender a la formación de estas capacidades y al hecho de que cada actividad puede requerir una o varias capacidades. Asimismo, las competencias son las representaciones de las actividades profesionales al interior del currículo. Este último punto de vista ha derivado en la opción de utilizar el agrupamiento de actividades/competencias del egresado/egresante propuesta por Carbajal (2008) que atiende a la multidimensionalidad de la acción profesional donde se distinguen: la dimensión técnica, humanística y procesal.

A. La dimensión técnica agrupa funciones y actividades regladas y específicas a un campo de desempeño del profesional. Por ejemplo, en la atención nutricional existe una *función preventiva y/o curativa* que nuclea actividades/competencias vinculadas al proceso de atención nutricional, y otra *instrumental*, relativa a técnicas y exámenes requeridos en dicha atención.

B. La dimensión humanística engloba las funciones *ética, vincular y grupal*. Esta tiene un fuerte componente actitudinal y de autoconciencia, por lo que las competencias nucleadas en esta dimensión se deben enseñar a lo largo de todo el currículo y el aprendizaje experiencial será clave. En primer lugar, la función ética concierne a la relación con pacientes y familiares, con colegas y otros profesionales o funcionarios de la organización a partir de valores como el servicio, la solidaridad y la cooperación. En segundo lugar, la función vincular se focaliza en la relación profesional/estudiante-paciente y se extiende a los familiares desde un punto de vista integral de la situación del enfermo. Esto abarca los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, de costumbres, creencias y de diversidad de ideas. En tercer lugar, la función grupal se vincula a la importancia del trabajo interdisciplinario

y valora la construcción colectiva en el quehacer con compañeros de curso, futuros colegas y otros profesionales.

C. La dimensión procesal agrupa las funciones transformativa, metodológica y autognóstica. La función transformativa propone la metodología de investigación-acción de la propia práctica como espacio para la creación de conocimientos y, en consecuencia, la transformación de la realidad. La función metodológica se basa en el método científico para el abordaje de los problemas y la toma de decisiones. La función autognóstica o de autoevaluación promueve la reflexión metacognitiva y el autoaprendizaje.

A continuación se presenta el cuadro 1 en el que se especifican las etapas del proceso del PANC, las actividades implicadas, las competencias requeridas para el desarrollo de las actividades, las dimensiones y las funciones que involucran a esas competencias.

Etapas del PANC	Actividades	Competencias involucradas	Dimensión	Función
Enfoque del trabajo	Integrarse al equipo de salud en el proceso	Trabajar en equipo	humanística	grupal/ética
Información clínica y nutricional	Consultar fuentes escritas. Intercambio con el equipo de salud	Analizar e interpretar información Desarrollar habilidades de comunicación oral y escrita. Decodificar observaciones y lenguaje. Sistematizar lo que se lee	técnica humanística humanística	curativa ética grupal/ética
	Realizar la anamnesis alimentaria	Seleccionar información pertinente Interpretar información Desarrollar habilidades de comunicación oral (manejo de entrevista)	técnica humanística	curativa Vincular/ética
	Evaluar nutricionalmente al paciente	Identificar indicadores y métodos diagnósticos Interpretar información Ordenar prioridades	técnica humanística	curativa e instrumental ética
	Documentar la historia nutricional y kardex	Seleccionar información pertinente Organizar la información Desarrollar habilidades comunicación escrita. Dominio de lenguaje técnico Inscribir la información en el proceso de atención nutricional	técnica humanística procesal	curativa grupal/ética metodológica
Diagnóstico	Realizar el diagnóstico nutricional	Organizar información. Utilizar el pensamiento crítico y método científico en el manejo de la información: identificar problema/s, jerarquizar causas principales y contribuyentes Comparar con patrones o referencias. Categorizar la información Sintetizar la información recogida	técnica procesal	curativa metodológica

Intervención nutricional	Definición de objetivos metas y necesidades nutricionales	Seleccionar criterios de tratamiento basado en el método científico sustentado en la información, la bibliografía, los consensos	técnica procesal	curativa metodológica
		Ordenar los problemas para decidir tipo de intervención diferenciada	técnica	curativa
		Transferir los conocimientos a la situación del paciente	humanística técnica procesal humanística	vincular/ética/grupal curativa metodológica ética
	Documentar el diagnóstico nutricional y el plan de tratamiento	Seleccionar la información pertinente	técnica	curativa
		Organizar la información	procesal	metodológica
Sintetizar la información		humanística	grupal/ética	
Gestionar la alimentación del paciente	Transferir las necesidades nutricionales del paciente al contexto institucional	procesal	metodológica	
		técnica	curativa	
Orientar al paciente y familia	Desarrollar habilidades de comunicación oral	técnica	curativa	
		humanística	ética/vincular	
Monitoreo del proceso	Idem búsqueda de información	Idem búsqueda de información	Idem	Idem
		Seleccionar fuentes de información según prioridad de las diversas situaciones	procesal	metodológica
		Comparar resultados/objetivos y metas		autoevaluativa
	Evaluar la asistencia alimentaria intrahospitalaria	Comparar planificado/ejecutado	procesal	metodológica autoevaluativa
			técnica	instrumental
	Evaluar la adherencia al tratamiento	Comparar necesidades sentidas/percibidas	procesal	metodológica autoevaluativa
humanística técnica			ética/vincular curativa	

Cuadro 1. Actividades, competencias, dimensiones y funciones involucradas en las diferentes etapas del proceso de atención nutricional en clínica

Los datos obtenidos muestran que el perfil profesional del Licenciado en Nutrición y las actividades modélicas de los diferentes campos de desempeño deberían ser los fundamentos orientadores para un nuevo plan de estudios. Para que los objetivos educativos tengan congruencia con las necesidades del campo profesional es clave considerar algunos factores para definir las competencias requeridas, como el hecho de que exista una relación válida y efectiva entre las competencias definidas en la formación y las actividades profesionales. Otro aspecto a considerar es formar “para lo que es” o formar para lo que “debería ser”. Las actividades en contexto se caracterizan por materializarse con medios y circunstancias casi siempre limitadas. Muchas veces las competencias no pueden desplegarse en los ámbitos laborales, dada la imposibilidad contextual; “el deber ser” habilitará la reflexión, el cuestionamiento y deberá ser promotor de cambios sobre esa realidad, partiendo de la práctica como un espacio creativo que otorgue la apertura a nuevas teorías. La educación de los licenciados en Nutrición deberá enfrentar este desafío y atender las contradicciones ineludibles en el proceso de definir la orientación curricular. Este aspecto recoge la tensión existente entre la institución educativa y el mundo del trabajo con relación a si se debe formar teniendo en cuenta solamente las competencias que se manifiestan en el desempeño profesional, es decir, con una mirada hacia la productividad y más próxima a las competencias laborales. La postura debería ser clara frente a un planteamiento curricular que requiere tomar decisiones; una competencia inaplicable en el presente puede ser pertinente si apunta a un futuro necesario (Carbajal, 2008: 59).

Luego de haber descripto de forma general los procesos y las etapas del mundo del trabajo será preciso focalizar en la práctica en terreno que nos interpela. Por ello, en el próximo apartado se focalizará en los aspectos concretos del curso de Nutrición Clínica en estudio.

2.1.2 Aspectos micro: el curso de Nutrición Clínica

Los objetivos del curso Nutrición Clínica y las potencialidades fueron considerados para el análisis de la práctica en terreno como ámbito educativo. En consecuencia se consideraron las necesidades de for-

mación en la disciplina de estudio y la adecuación de estas al nivel de formación en la que se encuentra el curso Nutrición Clínica en el Plan de Estudios. El cuadro 2 presenta en forma sintética los descriptores (aspectos evaluados) de la práctica estudiantil y los criterios metodológicos seguidos para el análisis de los resultados. Estos se agruparon según afinidad en: actividades que habilitan al desarrollo de competencias de dimensión técnica, humanística y procesal; comunicación del estudiante en la práctica hospitalaria como competencia para la nutrición clínica hospitalaria; comprensión de algunas actividades y el análisis de algunos dispositivos metodológicos de la práctica hospitalaria; por último, la interacción de la práctica estudiantil con el contexto hospitalario.

DESCRIPTORES EN EL PROCESO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL	CRITERIOS METODOLÓGICOS
Dimensiones técnica, humanística y procesal	
Búsqueda de información en la 1era etapa del proceso	Mínimo de dos fuentes escritas y dos orales
Valoración de riesgo nutricional para el tamizaje de pacientes	Mínimo de dos componentes diferentes de valoración de riesgo
Valoración de indicadores antropométricos para el diagnóstico	Medición de peso, talla y cualquier otra medición antropométrica
Valoración de indicadores dietéticos para el diagnóstico nutricional	Medición por métodos cualitativos y cuantitativos o un método mixto (cuali-cuantitativo)
Estimación de necesidades energéticas para la planificación del tratamiento	Aplicación de un mínimo de dos métodos
Desarrollo de planes en la ejecución del plan de tratamiento	Aplicación de planes cualitativos y mixtos o cuantitativos puros; incorporación de formas de consumo, e indicación de características fisicoquímica de la alimentación
Diversidad de presentación del plan de tratamiento	Aplicación de un sistema de sustitución de alimentos como mínimo
Relación entre medida antropométrica y tipo de valoración antropométrica realizada	Adecuación entre el indicador empleado y el tipo de valoración antropométrica (global o de composición corporal)

Caracterización de la comunicación	
Tipo de rol en la comunicación oral	Predominio de un rol activo en la comunicación (con perfil profesional) si empleó 5 de los 10 posibles motivos que se listaron considerando cualquier interlocutor (paciente, acompañante, equipo, o licenciado en nutrición)
Comunicación escrita	Registro como mínimo en 1 documento de los posibles
Nivel de comunicación	Comunicación con paciente y con profesional
Comunicación con pares	Del mismo nivel, nivel superior e inferior
Comprensión de algunas actividades y presencia de dispositivos metodológicos en el plan de práctica	
Integralidad del diagnóstico nutricional	El diagnóstico específico integral incluya el examen físico, bioquímico, dietético y antropométrico del paciente
Correspondencia entre el indicador antropométrico y el tipo de valoración antropométrica	Índice de masa corporal relacionada con valoración global, perímetro de cintura y pliegues corporales. relacionados con composición corporal
Integralidad en el enfoque de la atención nutricional	Abordaje nutricional en el marco de la complejidad de la situación clínica real de los pacientes
Tipo de abordaje nutricional	Inclusión de monitoreo y modificación del plan de tratamiento según evolución de los pacientes
Interacción con el contexto hospitalario	
Interacción entre las actividades del estudiante en el hospital y la atención nutricional en el contexto hospitalario	Incluir en el abordaje asistencial de los pacientes como mínimo 1 de los siguientes aspectos del contexto hospitalario: planificación, ejecución, gestión documental

Cuadro 2. Criterios metodológicos considerados en el estudio cuantitativo para la descripción de la práctica hospitalaria del curso Nutrición Clínica

Si bien la consigna de este cuadro refiere a los aspectos metodológicos que se tratarán en el apartado 3, específicamente en el 3.2.1. su introducción obedece a la necesidad de familiarizar al lector con los descriptores que serán evaluados en la investigación y que son clave para entender los cuadros que se presentan a continuación.

Los siguientes cuadros muestran de manera sintética los resultados del estudio cuantitativo

2.2 Síntesis de resultados

En este apartado se muestran cuatro cuadros que sintetizan los resultados cuantitativos de la investigación y luego las categorías de análisis de los discursos generadas para el estudio cualitativo.

2.3 Resultados cuantitativos

Los resultados cuantitativos se presentan en cuatro cuadros en los que se agrupan las variables de estudio según su afinidad. El cuadro 3 muestra las actividades requeridas para desarrollar competencias humanísticas, técnicas y procesales en la atención nutricional hospitalaria requeridas en el PANC y refiere a la búsqueda de información, planificación y ejecución del tratamiento alimentario-nutricional. El cuadro 4 se focaliza en las características de la comunicación en la práctica estudiantil como competencia básica en el proceso de atención nutricional y muestra a los principales interlocutores de los estudiantes, los tipos de comunicación y los roles del estudiante en la comunicación. En el tercer cuadro (cuadro 5) se valoran conceptos estudiantiles sobre algunos componentes del abordaje nutricional y algunos dispositivos metodológicos considerados en el plan de práctica del estudiante. Este cuadro se focaliza en las capacidades de los estudiantes más allá del hacer: la integralidad del diagnóstico, el abordaje integral de las patologías de los pacientes y el tipo de abordaje terapéutico considerando la evolución del paciente y la dinámica del proceso salud-enfermedad. Por último, el cuadro 6 muestra la interacción con el contexto valorando para analizar si la experiencia se puede caracterizar en términos de práctica situada, considerando como variables la inclusión en la práctica estudiantil de la planificación, ejecución y documentación que se realiza en el hospital para la atención alimentaria-nutricional de los pacientes.

En la primera columna de cada cuadro se indica el aspecto evaluado; en la segunda se muestra el porcentaje de estudiantes con mayor prevalencia en el ítem evaluado y en la tercera se especifican características y

particularidades del componente predominante. En la cuarta columna se mencionan los porcentajes correspondientes a la menor prevalencia y se los especifica para una mejor descripción. La información proporcionada en la segunda, tercera y cuarta columnas permiten comparar los componentes predominantes y más débiles en la práctica de los estudiantes y, en buena medida, describen el plan de prácticas en el ámbito hospitalario en sus potencialidades y limitaciones para la formación de competencias. Esto se analiza en capítulos siguientes considerando las competencias como potencial de desarrollo.

2.3.1 Búsqueda de información, planificación y ejecución del tratamiento alimentario-nutricional y monitoreo

El cuadro 1 muestra los descriptores introducidos en el apartado 2.1.2, específicamente, los relacionados al cuadro 2 en la dimensión técnica, humanística y procesal. A los efectos metodológicos fue necesario establecer cuáles deberían ser aquellas actividades que oficiaran como situaciones-problema para enseñar las competencias requeridas en el pensamiento de orden superior. En ese sentido, la dimensión humanística debería ser transversal al currículo para capitalizar el aprendizaje basado en vivencias que permiten al estudiante anticipar situaciones similares a las de la práctica profesional. Específicamente, en este nivel de la carrera podría reflejarse en estrategias de aprendizaje como la que sucede entre pares, en los trabajos grupales, en la interacción con pacientes, colegas, otros actores y/o la comunidad. Para contemplar la dimensión técnica se crearon, en una primera instancia, una serie de escenarios simulados que permitieron paulatinamente aproximarse a los reales de desempeño profesional. En la dimensión procesal se destacaron las instancias de socialización a través del aprendizaje grupal, de lo que se hizo y de lo que quedaba por hacer. Los productos escritos, los diagnósticos de campo, el estudio de problemas, los proyectos de mejora, la experimentación de nuevos métodos e instrumentos fueron los elementos que contribuyeron a la formación en esta dimensión.

Aspecto	% estudiantes en ítem predominante	Mayor prevalencia en la práctica	Menor prevalencia en la práctica
Adecuación en el número y tipo de fuentes	69	Empleo de <i>fuentes orales y escritas</i>	Empleo de una <i>única fuente escrita</i> (historia clínica) y excluyente el registro en ficha nutricional (kardex 13%)
Adecuación en el empleo de Indicadores de riesgo nutricional	83	Indicadores: <i>pérdida de peso en el tiempo</i>	Indicadores: <i>cambios de ingesta previa</i> 64% y <i>enfermedades hipercatabólicas</i> 52%
Adecuación en el empleo de Indicadores antropométricos	94	de <i>valoración global</i> (peso y talla) e indirecto rodilla-talón y de <i>composición corporal</i> (perímetro de cintura)	De <i>composición corporal (pliegues)</i> 12%
Adecuación en el empleo de Indicadores dietéticos	84	<i>Modelo típico</i> (100%)	<i>Ingesta intrahospitalaria, recordatorio</i> 24 horas 47%
Diversidad en metodología para planificación de necesidades nutricionales	80	Empleo de <i>mínimo 2 de 5 métodos posibles</i>	No se presentan a destacar
Adecuación en la Intervención en el proceso de atención	80	<i>Diversidad de tipo planes, métodos de sustitución y características físico-químicas</i>	<i>Características físico-químicas con baja mención</i>
Adecuación del plan a la evolución	30	<i>Cambios frente a evolución supuesta</i>	<i>Monitoreo o cambios de prescripción dietética con baja mención</i> 15% cada uno

Cuadro 3. Búsqueda de información, planificación y ejecución del tratamiento alimentario-nutricional y monitoreo

Búsqueda de información

Respecto a la etapa de búsqueda de información los resultados muestran como factor positivo para la formación de competencias lo siguiente:

- Alto porcentaje de estudiantes alcanzó el nivel suficiente al considerar el número y tipo de fuentes consultadas (dos fuentes orales y dos escritas como mínimo). La tercera parte de los estudiantes alcanzó un nivel inferior.

Las dificultades identificadas para el desarrollo de competencias requeridas en esta etapa fueron:

- No se consultaron diversas fuentes escritas. Fue muy baja la mención de los estudiantes al documento que genera el licenciado en nutrición (ficha nutricional o kardex).

La búsqueda de información en varias fuentes es clave, ya que propicia el pensamiento crítico, el método científico y la contrastación, verificación y ampliación de la información. Sin embargo, en la práctica se limitó a la consulta de la historia clínica, lo que puede afectar la capacidad para analizar e interpretar información escrita diversa, es decir, no hubo un contraste de diversas fuentes con diferente información, organización, síntesis y codificación. El hecho de consultar la ficha nutricional elaborada por el licenciado en nutrición podría ser un índice de cómo los estudiantes buscan comprender la praxis profesional y mostraría una forma de construir identidad, que se vincula ya no a la dimensión técnica sino a la dimensión humanística.

Adecuación en el empleo de métodos y técnicas para evaluación del riesgo y el diagnóstico nutricional. Planificación y ejecución del tratamiento

Los resultados positivos para la formación de competencias fueron los siguientes:

- Alto porcentaje de estudiantes alcanzó el nivel suficiente en el empleo de indicadores de valoración del riesgo nutricional, medición antropométrica y métodos de valoración de ingesta.
- Flexibilidad frente a obstáculos, ya que casi la mitad de los estudiantes midió la altura rodilla/talón, que sirve para estimar la talla cuando el paciente está postrado.
- Operar con información diversa y contrastarla, lo que fue obser-

vado en la estimación de necesidades energéticas, con un elevado porcentaje de estudiantes con alto nivel de suficiencia ya que consideraron por lo menos dos métodos.

- Abordaje clínico diverso, con un alto nivel de suficiencia ya que la mayoría de los estudiantes, realizaron diferentes tipos de planes de tratamiento en los pacientes (cualitativos y cuantitativos).

Como potenciales debilidades se advirtió que:

- Algunas actividades podrían orientar a una práctica rutinaria, que toma distancia del desempeño profesional en términos de priorización de las acciones, pues no todos los pacientes asistidos requerían ser valorados por indicadores objetivos como la medición de peso y talla que presentaron altísima frecuencia entre los estudiantes.

- Fue muy baja la mención de métodos que valoran nutricionalmente la alimentación intrahospitalaria y la capacidad de ingesta.

Este último método es útil para recabar hábitos alimentarios del paciente al ingreso hospitalario; sin embargo, en aquellos que hubieran sido captados por los estudiantes luego de permanecer un tiempo internados podría ser poco pertinente. Fundamentalmente porque este método pasaría a aplicarse guiado por el protocolo que se aplica al comenzar el estudio de la situación clínico-nutricional. Este modelo ofrece información primaria que permite explicar algunos problemas alimentarios-nutricionales del paciente identificando con factores de riesgo dietético. Sin embargo, este objetivo pasará a segundo plano cuando el paciente tiene un período de internación prolongado, en donde la condición clínico-nutricional en la internación predomina como foco de la atención. El estudiante podría estar buscando información del paciente (ingesta habitual), pero necesitaría complementar con información del presente (ingesta hospitalaria).

Monitoreo y evaluación

Respecto a las competencias involucradas en estas etapas, según los resultados presentados, se muestra como debilidad para la formación de competencias en nutrición clínica hospitalaria el hecho que:

- El proceso de atención nutricional clínico tuvo como centro la atención, tratamiento y resolución de la consulta de la patología padecida por el paciente. En este sentido, hubo pocos alumnos que monitorearon la evolución y que consideraron cambios de prescripción en la historia clínica

2.3.2 La caracterización de la comunicación

La comunicación como competencia trascendente en nutrición clínica fue analizada en forma independiente a otras competencias del PANG, ya que es una competencia transversal en el proceso de atención nutricional (cuadro 4). En conjunto con esta competencia se analizó una categoría surgida en el estudio cualitativo y que pertenece a las competencias de la dimensión humanística: la función vincular.

Los indicadores de ingesta para valorar el estado nutricional del paciente se basan en la aplicación de métodos que requieren, la mayoría de las veces, la comunicación con el paciente. En la etapa de ejecución del tratamiento la comunicación oral con el paciente es también básica ya que el diálogo es una de las principales estrategias para orientar al paciente y contribuir a la adherencia del tratamiento.

Aspecto	% estudiantes en ítem predominante	Mayor prevalencia en la práctica	Menor prevalencia en la práctica
Tipo de interlocutor	100	Comunicación <i>con el paciente</i>	Comunicación <i>con el profesional-colega</i> 56%
Rol en la comunicación oral	87	<i>Búsqueda de información</i> y recepción de reclamos del paciente (50%) Predominio de rol pasivo con todos los interlocutores	<i>Competencias de comunicación para otras actividades</i> inherentes al proceso de atención (de 10 motivos, 4 fue el máximo experimentado correspondiendo al 17% de estudiantes)
Comunicación escrita	28	<i>Historia clínica con muy baja mención</i>	En el registro de la <i>historia clínica y documentos específicos</i> del profesional en nutrición (ficha nutricional)
Comunicación con pares estudiantiles	50	Con <i>estudiantes de nivel superior</i>	Baja formación de <i>pares con estudiantes de nivel inferior</i> al cursado

Cuadro 4. Caracterización de la comunicación

¿Cómo fueron valoradas las situaciones en la que los estudiantes pudieron desarrollar competencias para la comunicación?

Entre las fortalezas para desarrollar la comunicación se destacaron:

- El desarrollo de la comunicación oral con diferentes actores, donde el paciente fue el interlocutor por excelencia, le siguieron el acompañante y los miembros del equipo de salud.
- Un nivel amplio de comunicación, ya que alta proporción de estudiantes se comunicó con los pacientes y además con algún profesional del equipo de salud. Esto es positivo para la exposición a diferentes encuadres en la comunicación según el rol del interlocutor.
- Interacción con estudiantes del mismo nivel de formación en la carrera, lo que constituye un dispositivo de enseñanza y aprendizaje. En este caso, los estudiantes refieren con alta prevalencia la comunicación durante la práctica hospitalaria con estudiantes del mismo nivel de formación

Como debilidades para la formación en esta competencia se señalaron:

- La baja comunicación escrita evaluada a través de los registros documentales realizados por los estudiantes según las menciones positivas a este ítem; que estuvo presente en menos de la tercera parte de ellos.

Una de las posibles explicaciones para este fenómeno es el bajo estímulo de algunos docentes guías. El registro debe estar bajo la supervisión del Licenciado en Nutrición, ya que el estudiante está en una etapa inicial de su formación y no tiene la autoridad ni responsabilidad funcional para asumir esta actividad. Sin embargo, es clave introducir estas cuestiones en la enseñanza porque requieren capacidades complejas para no caer en el registro de trivialidades. La formación para la comunicación escrita en los documentos, además de proveerle al estudiante el lenguaje apropiado, contribuye a que se dimensione el valor de la atención integral del paciente. Esto se vincula con la dimensión técnica y también con la dimensión procesal, ya que metodológicamente le exige priorizar y ordenar la información, entre otras capacidades. Desde la dimensión humanística, el

registro en la historia clínica y en el kardex requiere el manejo de información de carácter confidencial, lo que implica también un trabajo en valores éticos. En este sentido la comunicación escrita, aún bajo una práctica tutelada, promovería un papel más activo en la comunicación con otros miembros del equipo, ya que demandaría búsqueda de fundamentos y defensa de ideas.

- Baja comunicación con el licenciado en nutrición en relación a otros miembros del equipo de salud.
- Rol pasivo o con predominio unidireccional en la comunicación independiente de los interlocutores en alto porcentaje de estudiantes. Casi el total de los alumnos indica que el principal motivo para comunicarse con el paciente fue obtener información para la atención nutricional, menos de la mitad se comunicó para escuchar demandas, reclamos o inquietudes en el tratamiento. En la primera situación al realizar la anamnesis, el estudiante cuenta con un parlamento pre-pautado por un protocolo dado por los docentes. De esta forma queda un margen acotado para redireccionar la entrevista según amerite la información que resulte del diálogo. Entonces, si bien es esencial y positivo que la anamnesis esté incorporada a la práctica estudiantil deberían considerarse dos fases en la enseñanza: primero, que el estudiante alcance cierto dominio en los aspectos protocolizados en la historia nutricional para que a posteriori pueda experimentar la construcción de una anamnesis con mayor individualización según las múltiples variables a considerar. Otro elemento a mencionar es que la educación u orientación respecto al tratamiento nutricional durante la internación o el alta, que requieren un papel más activo en la comunicación, tiene bajísimas apariciones. Estos resultados seguramente expresan el tipo de experiencias al que están expuestos los estudiantes según el plan de prácticas. El hecho de que la orientación de los nutricionistas a los pacientes haya sido baja disminuyó su exposición al trabajo en contextos reales y la puesta en juego de algunos conocimientos de niveles anteriores en su formación.

2.3.3 Caracterización del nivel de comprensión y dispositivos metodológicos en el plan de práctica

La formación profesional debe trascender la competencia académica y la operacional. El objetivo deberá ser maximizar las oportunidades de emancipación personal y explotar todos los recursos cognitivos y personales que se disponen. A diferencia de la concepción instrumental de la competencia, se debe incorporar en la acción la comprensión como una capacidad interpretativa y evaluativa que se manifiesta al juzgar, clasificar, ordenar y analizar.

La explicación, la ejemplificación, la aplicación, la justificación, la comparación, la contextualización y la generalización son actividades requeridas en el desempeño profesional y que se valen de pensamientos de orden superior. Por ello, es necesario adecuar el saber adquirido a las condiciones únicas del problema, para que las competencias que están implícitas en el quehacer profesional evoquen la comprensión de la acción. En este sentido, la retención, la comprensión y el uso activo del conocimiento son tres metas indiscutibles que evitan que los profesionales novatos desconozcan las particularidades de los problemas a atender. Esto es a lo que aluden Tenti y Gomez (1989) como la tendencia que tienen los recién graduados a encasillar los problemas reales que enfrentan en las teorías o tecnologías aprendidas en la escuela, modelo que responde a “primero teoría, luego práctica”. (Tenti y Gomez, 1989: 55). Se debería tratar de pasar de modelos centrados en la información hacia modelos centrados en el desempeño.

Aspecto	% estudiantes en ítem predominante	Mayor prevalencia en la práctica	Menor prevalencia en la práctica
Correspondencia entre el indicador antropométrico y el tipo de valoración antropométrica	31	Peso y talla (global) y pliegues (composición)	Perímetro de cintura no se identifica como indicador de composición nutricional, sino de riesgo clínico
Integralidad del diagnóstico	75	Indicadores parciales (los más incluídos con mayor frecuencia fueron antropométrico y dietético)	Muy baja mención examen físico y bioquímico; diagnóstico mixto (clínico-nutricional) con inclusión de paraclínica
Tipo de abordaje nutricional en la atención hospitalaria	37	Corte transversal en el abordaje de la atención nutricional	Abordaje longitudinal para identificar dinámica del proceso (biológico-psicológico-organizacional)
Integralidad en el abordaje nutricional	88	Abordaje de múltiples patologías simultáneamente	No se presentan

Cuadro 5. Caracterización del nivel de comprensión y dispositivos metodológicos en el plan de práctica

Se destacó como factor favorable a la comprensión:

- La conceptualización adecuada del valor del peso y talla como medidas para el establecimiento de un indicador antropométrico global.

Como debilidades en los resultados se advirtió:

- La conceptualización parcial de los indicadores para el diagnóstico nutricional, ya que el examen físico e indicador bioquímico tuvieron menor proporción de menciones que otros indicadores específicos como son los antropométricos y dietéticos. La no inclusión del examen físico para el diagnóstico nutricional, podría constituir una debilidad en la formación, porque se debería contemplar el desarrollo de la capacidad de observación, técnicas de inspección física y su asociación con diversos problemas nutricionales.

Otro aspecto considerado fue en qué medida el plan de prácticas avaló la necesidad de que el estudiante advirtiera la singularidad de diversos contextos, en el marco de la situación clínica intrahospitalaria (evolución clínica) y la complejidad. El hecho de que los estudiantes se cuestionaran permanentemente las acciones que fueron realizando, a

la vez que realizaran hipótesis para ponerlas a prueba contribuyó, sin dudas, a la formación de competencias de orden metodológico.

En este sentido, el cuadro muestra otros elementos positivos incorporados a la práctica:

- Un contexto integral en el abordaje clínico nutricional, considerando en el tratamiento más de una patología simultáneamente en un alto porcentaje de estudiantes.

Pero también aparece una debilidad para el desarrollo de competencias clínicas:

- Predominio de una mirada transversal en el abordaje clínico-nutricional. Este aspecto presupone dificultades futuras para que se pongan en jaque hipótesis y decisiones tomadas reformulándolas de ser necesario, y también capacidad para autoevaluarse que es una competencia de orden superior.

2.3.4 Nivel de interacción entre la práctica estudiantil con la asistencia hospitalaria a los pacientes

Por último, se valoró el nivel de conocimientos que los estudiantes manifiestan tener de los documentos mayoritariamente empleados en cualquier organización para hacer posible la gestión de la atención nutricional.

Aspecto	% estudiantes en ítem predominante	Mayor prevalencia en la práctica	Menor prevalencia en la práctica
Conocimiento e inclusión de elementos de la planificación hospitalaria	31	No se presentan	Contextualizar el plan de tratamiento con <i>guías de consumo y plan de menú del hospital</i>
Observación de etapas de ejecución de la asistencia hospitalaria de los pacientes	53	Observación de <i>servicio de alimentos y de residuos post ingesta</i> de los pacientes asistidos	Heterogeneidad en la experiencia
Conocimiento de la documentación empleada en el proceso de atención alimentario-nutricional del paciente	27	No se presentan	Contextualizar el <i>proceso de atención en la administración documental hospitalaria</i>
Valoración de práctica situada (atención en contexto hospitalario)	10	No se presentan	<i>Bajo nivel de contextualización de la atención nutricional llevada a cabo por el estudiante con la atención nutricional hospitalaria</i>

Cuadro 6. Nivel de interacción entre la práctica estudiantil con la asistencia hospitalaria a los pacientes

Desde las respuestas estudiantiles a los ítems anteriores se observaron ciertas debilidades al evaluar la práctica hospitalaria como enseñanza situada debido a:

- La baja contextualización de la asistencia alimentario-nutricional hospitalaria, por desconocimiento de documentos y empleo de pautas de tratamiento llevadas a cabo en el hospital por los licenciados en nutrición.
- Bajo porcentaje de estudiantes observaron el servicio de alimentos y de residuos, aunque algo superior al anterior ítem. Dado el nivel de respuestas (algo más de la tercera parte de estudiantes) podría suponerse que se debió a una actitud del estudiante favorable al auto-aprendizaje y no tanto a la implementación de estas actividades en el plan de prácticas, pues en este caso la proporción de estudiantes debería ser superior.

2.4 Categorías del análisis cualitativos

A partir de las entrevistas a los estudiantes se realizó un análisis de los discursos y se procedió a construir categorías y subcategorías a partir de los conceptos vertidos. Estos se agruparon en tres grande núcleos. El primero “la práctica hospitalaria” refiere a cómo los estudiantes se involucran en la actividad preprofesional: los componentes afectivos propios y del entorno, otros vinculados al saber-hacer como expresión observable de lo cognitivo y, también, la incorporación de factores contextuales de la experiencia que se integran al conocimiento/desconocimiento y la comprensión de la disciplina en contexto. El segundo núcleo es “teoría y práctica” que intenta abordar la interacción de ambas componentes, sus relaciones y la significación; así como el alcance de la práctica hospitalaria como estrategia metodológica. Por último se identificó un tercer núcleo, que corresponde al “papel del estudiante y del profesor en la práctica hospitalaria”; donde los estudiantes identifican desde su experiencia los roles de estos actores del proceso de enseñanza y aprendizaje, con sus aportes, potencialidades y límites.

A continuación se desgranar las subcategorías que de manera arborescente derivan de las tres categorías centrales:

La práctica hospitalaria

El desempeño y su relación con el paciente, la salud y la enfermedad

La relación interpersonal

La relación con el enfermo y la enfermedad

El impacto afectivo

Empatía con el enfermo

Sensibilización con el campo hospitalario

La huella inicial al campo de desempeño

Orientación para futuro desempeño en el campo hospitalario

Proyección social del desempeño

La nutrición clínica en el desempeño profesional

Actividades del campo de desempeño

Actividades ejecutadas y observadas

Modelo ideal

Actividades indeterminadas o no experimentadas

Problemas en el desempeño

En la atención nutricional

La carga de trabajo profesional

La gestión

La legitimación del quehacer

Ejercicio de la autoridad

Atribuciones profesionales y responsabilidad

Los vínculos con otros actores

Necesidad de pertenencia grupal

El desempeño en equipo

El hospital

Influencia del hospital en el aprendizaje

La teoría y la práctica

La enseñanza y el aprendizaje

Concepción de enseñanza: la lógica tradicional

Fundamentos del orden propuesto

Papel diferencial de la práctica

Valor experiencial

Contextualización del conocimiento

La interdisciplinariedad

Dimensión integral en la formación

Generación de pensamiento de orden superior

Práctica real y virtual

La interrelación entre componentes de formación del curso Nutrición Clínica

Importancia para la formación

Organización

Otras experiencias

El tiempo

Duración del curso

Tiempos de aprendizaje

Papel del estudiante y el profesor en la práctica hospitalaria

Los estudiantes y el aprendizaje

Actitudes de los estudiantes

Estrategias de aprendizaje autorregulado

El profesor y la enseñanza

El rol del profesor y algunas condicionantes del desempeño

Rol experimentado y demandado

Retroalimentación en el proceso de enseñanza-aprendizaje

El docente como modelo de actuación del Nutricionista

La carga de trabajo del docente de práctica

La formación para la docencia

Si bien los resultados se distinguen por tipo de estudio, en el capítulo *Conceptos fundamentales y análisis de resultados* se procede a su discusión con un nivel de integración y complementariedad según los objetivos propuestos en la investigación. El texto se organiza al iniciar cada sección con una marco conceptual de las variables o descriptores de la práctica hospitalaria, así como de las categorías surgidas desde las respuestas de los estudiantes en las entrevistas.

3. Metodología de investigación

La investigación partió de la formulación de hipótesis que constituyeron un puente entre la base teórica y los resultados que permitieron sistematizar, generalizar e interpretar estos últimos. Las hipótesis del estudio fueron:

- Las competencias adquiridas durante la carrera y en la práctica hospitalaria del curso Nutrición Clínica son inferiores a lo esperado para el nivel de formación en el que se encuentran los estudiantes.
- La práctica hospitalaria estudiantil presenta debilidades en el aprendizaje de todas las etapas del proceso de atención nutricional
- La práctica hospitalaria del curso centra la experiencia en la propia disciplina nutrición clínica y es débil en la integración interdisciplinaria, entendida como potencializadora de la enseñanza en las prácticas en terreno.
- El proceso de atención nutricional desarrollado en la práctica presenta bajo nivel de interacción con el proceso de atención hospitalario como contexto real.

El objetivo general y los objetivos específicos se derivan de estas hipótesis:

Objetivo general

Estudiar la práctica hospitalaria del curso Nutrición Clínica de la Licenciatura en Nutrición de la Udelar como espacio de aprendizaje de las competencias básicas para la atención nutricional hospitalaria.

Objetivos específicos

- Identificar los conocimientos aplicados, los métodos y técnicas experimentados por los estudiantes en el proceso de atención nutricional en la hospitalización.
- Contrastar las experiencias en terreno llevadas a cabo por los

estudiantes con algunas de las competencias requeridas en la formación de nutrición clínica en el campo hospitalario.

- Identificar el nivel de comprensión alcanzado por los estudiantes en algunas de las actividades realizadas.
- Valorar algunos aspectos metodológicos del plan de práctica del curso que tiendan a facilitar la comprensión de las actividades en el proceso de atención nutricional en clínica.
- Evaluar algunos factores que muestran interacción de las actividades en la práctica con el contexto y la cultura hospitalarios como indicador de enseñanza situada.
- Conocer la valoración que realizan los estudiantes de la práctica como experiencia de aprendizaje.

3.1 Diseño de investigación

La investigación requirió un diseño mixto cuantitativo y cualitativo.

El estudio cuantitativo tuvo el propósito de caracterizar la experiencia estudiantil y el cualitativo permitió explicar y comprender el alcance de los roles, las potencialidades de esta práctica y la utilidad del espacio de formación desde la mirada estudiantil.

3.2 Diseño del estudio cuantitativo

El estudio cuantitativo fue descriptivo, transversal e incluyó a todos los estudiantes que cursaron Nutrición Clínica en el año 2009. A estos se les aplicó una encuesta autoadministrada con preguntas abiertas y cerradas (ver Anexo I). La encuesta se llevó a cabo sin límite de tiempo, en instancias grupales y con la presencia del investigador para aclarar posibles dudas sobre el alcance de las preguntas. Las respuestas fueron anónimas y fue necesario contar con previo consentimiento informado de los estudiantes. Otro aspecto a resaltar es que para contestar la encuesta los estudiantes podían consultar apuntes y trabajos prácticos, si necesitaban, como ayuda memoria. La encuesta se aplicó durante las últimas tres semanas del curso.

3.2.1 Variables del estudio cuantitativo

Para el análisis se establecieron criterios que permitieron construir categorías cualitativas de análisis y agrupar las variables en otras complejas. Estos criterios consideraron las necesidades de formación en la disciplina de estudio y la adecuación de estas al nivel de formación en la que se encuentra el curso Nutrición Clínica en el Plan de Estudios. Estos criterios se sintetizan en el cuadro 2 de la sección 2.1.2. A partir de éstos se calificó la formación como “suficiente” cuando la experiencia adecuó a cada estudiante con el mínimo necesario para la formación de capacidades requeridas para la atención nutricional hospitalaria desde el campo de la Nutrición Clínica. El resultado de esta agrupación y las categorías de análisis dentro de cada variable se detallan a continuación.

3.2.2 Variables que miden la formación de competencias en las dimensiones humanística, técnica y procesal

a. Variabilidad en el tipo de fuente para la búsqueda de información

Suficiente: mínimo dos fuentes escritas y dos orales

Insuficiente: menos de dos fuentes escritas o dos orales, u omisión de un tipo de fuente

b. Adecuación en el número de fuentes usadas (escrita y oral)

Suficiente: mínimo dos fuentes

Insuficiente: una fuente

c. Tipo de rol predominante en el estudiante en la comunicación oral

Para tener un predominio de rol activo el estudiante debe por lo menos seleccionar cinco de los diez motivos que lo llevaron a comunicarse con otros. Los motivos fueron propuestos porque reflejan un papel de mayor exigencia cognitiva y dialógica en la comunicación. Los cinco motivos que el estudiante seleccione pueden provenir de cualquier interlocutor (paciente, acompañante, equipo de salud, Licenciado en Nutrición).

Motivos según interlocutor:

Con pacientes:

- educarlo respecto a las características de su tratamiento nutricional durante la internación,

- entregarle y educarlo respecto al plan de tratamiento al alta hospitalaria,

Dentro de esta variable simple se considera que el estudiante tiene predominio de rol activo cuando al menos seleccione uno de estos dos motivos.

Con familiares o acompañantes:

- educarlo respecto a las características del plan de tratamiento nutricional durante la internación de los pacientes,
- entregar y educar respecto al plan de tratamiento para el alta hospitalaria,
- educarlo respecto a los cuidados que pueden realizar en la alimentación de los pacientes de forma de contribuir positivamente en el tratamiento y evolución favorable,

Dentro de esta variable simple se considera que el estudiante tiene predominio de rol activo cuando al menos seleccione uno de estos tres motivos.

Con el Licenciado en Nutrición:

- brindarle información para el tratamiento nutricional de los pacientes durante la hospitalización
- coordinar aspectos del tratamiento nutricional de los pacientes

Dentro de esta variable simple se considera que el estudiante tiene predominio de rol activo cuando al menos seleccione uno de estos dos motivos.

Con el equipo de salud:

- brindar información para el tratamiento nutricional de los pacientes,
- coordinar el tratamiento nutricional en función de las indicaciones y evolución,
- adecuar la prescripción dietética en función de la situación del paciente.

Dentro de esta variable simple se considera que el estudiante tiene predominio de rol activo cuando al menos seleccione uno de estos tres motivos.

d. Adecuación en el registro de información técnica (comunicación escrita)

Suficiente: considera por lo menos uno de los registros mencionados.

Insuficiente: ningún registro.

e. Nivel de interacción en la comunicación

Amplio: además de pacientes se comunicó con licenciados en Nutrición o el equipo de salud.

Restringido: no tuvo interacción con profesionales (licenciados en Nutrición u otros).

f. Adecuación en la medición de indicadores de riesgo nutricional para el tamizaje de pacientes

Suficiente: dos o más componentes.

Insuficiente: un componente.

g. Adecuación en la medición de indicadores antropométricos para el diagnóstico nutricional

Suficiente: si aplicó las mediciones corporales: peso y talla o cualquier otra.

Insuficiente: aplicó peso o talla y ninguna otra medición.

h. Adecuación en la medición de indicadores dietéticos para el diagnóstico nutricional

Suficiente: aplicó un método cualitativo (modelo típico o frecuencia de consumo de alimentos) y uno mixto o uno puro cuantitativo (frecuencia cuantificada o recordatorio de 24 hs).

Insuficiente: solo aplicó métodos cualitativos.

i. Adecuación en los métodos para la estimación de necesidades energéticas en la planificación del tratamiento

Suficiente: aplicó al menos dos métodos.

Insuficiente: aplicó un método.

j. Adecuación en los tipos de planes en la ejecución del plan de tratamiento

Suficiente: aplicó planes cualitativos además de mixtos o cuantitativos, incorporó formas de consumo o tipos de preparación aconsejadas e indicó alguna característica físico-química de la alimentación.

Insuficiente: no cumple con todo lo anterior.

k. Adecuación en la aplicación de características físico-químicas en la ejecución del plan de tratamiento

Suficiente: realizó planes cuantitativos puro o mixto y consideró por lo menos alguna característica físico-química requerida en algunos planes de tratamiento.

Insuficiente: no cumple con todo lo anterior.

l. Adecuación en las formas de equivalencias en la indicación de cantidades de alimentos en la ejecución del plan de tratamiento

Suficiente: usó alguna forma diferente a la indicación en gramos

Insuficiente: solamente usó indicaciones en gramos de alimentos

m. Adecuación en la presentación del plan de tratamiento

Suficiente: presentó por lo menos un sistema de sustitución de alimentos

Insuficiente: no presentó ningún sistema de sustitución de alimentos

3.2.3 Variables que miden: el nivel alcanzado por los estudiantes en la comprensión de algunas actividades y la presencia de dispositivos metodológicos que se revelan en el plan de trabajo propuesto al estudiante

Nivel de comprensión en las actividades

a. Correspondencia entre la medida antropométrica y el tipo de valoración nutricional

Adecuada: hay correspondencia entre la medición hecha y el tipo de valoración nutricional dado los indicadores requeridos:

Peso, talla, rodilla, talón y media brazada ~ valoración global

Perímetro de cintura o pliegues ~ composición corporal

Inadecuada: no corresponde la medida antropométrica experimentada en la práctica con el tipo de valoración nutricional alcanzada.

b. Conceptualización de los indicadores específicos para el diagnóstico nutricional

Específico integral: menciona solamente examen físico, bioquímico, indicador dietético, antropométrico.

Específico parcial: menciona por lo menos dos de los anteriores

Mixto (clínico-nutricionales): menciona alguno de los anteriores y alguno de los siguientes: antecedentes personales, información clínica, paraclínica

Inespecífico: menciona solamente demográficos, sociales o clínicos

3.1.2.3 Presencia de algunos dispositivos metodológicos

a. Adecuación a los cambios de contexto (condiciones de la enfermedad) en la atención nutricional

Adecuado: manifiesta haber abordado la atención nutricional de pacientes considerando variabilidad en la atención según diferentes momentos en su evolución.

Inadecuado: responde negativamente a la opción anterior. Por lo tanto, su experiencia se basa en un único plan de tratamiento que no considera diversos contextos según la evolución del paciente.

b. Tipo de contexto predominante considerando el proceso

Contexto real: considera los controles realizados al paciente y los cambios de prescripción médica respecto al tratamiento.

Contexto virtual: considera una evolución supuesta.

Contexto mixto: combinaciones de las anteriores

3.2.4 Variable que mide el grado de interacción entre las actividades desarrolladas en la práctica y el contexto hospitalario en la atención nutricional

Actividades en contexto:

- planificó la alimentación de los pacientes asignados con los planes de menú y guías de consumo estándares hospitalarias (planificación)
- experimentó dos de las siguientes condiciones: solicitud de la alimentación de los pacientes, especificación de la solicitud de porciones para el control del tamaño cuando se requiere un balance nutricional (ejecución pre-servicio), observación del servicio de comidas evaluando el aporte nutricional; estudio de residuos para evaluar ingesta de los pacientes que ha asistido (ejecución post-servicio)
- conoció por lo menos uno de los registros o documentos del hospital o servicio de alimentación y nutrición mencionados (gestión-administración documental hospitalaria)

3.3 Diseño del estudio cualitativo

La metodología cualitativa se utilizó en este estudio para profundizar en los significados que tuvo la práctica hospitalaria como experiencia educativa y descubrir las relaciones multireferenciales de esta experiencia, según las vivencias estudiantiles. Para ellos se indagaron cuestiones como: actividades y significación, la proyección realizada del trabajo de un profesional licenciado en nutrición, la opinión respecto a las debilidades y las fortalezas de la experiencia.

El instrumento para obtener los datos fue la entrevista en profundidad y se realizó a siete estudiantes elegidos según diversos factores: edades y género, haber manifestado diversos grados de motivación durante la práctica (desde la desmotivación hasta la preferencia para el desempeño futuro como profesionales), experiencia o inexperiencia laboral y una trayectoria en diferentes centros hospitalarios y con diferentes docentes guías. Estos factores permitieron maximizar las oportunidades de descubrir variaciones entre los conceptos expresados en los diferentes tópicos y hacer más densas las categorías en términos de propiedades y dimensiones. Previo consentimiento informado se les explicó a los estudiantes el objetivo de la entrevista, su desvinculación con la calificación del curso, la necesidad de que profundizaran sus opiniones, así como el carácter anónimo de la información.

Las entrevistas fueron grabadas. El diseño contó con preguntas abiertas que, a modo de guía de temas, orientaban los discursos de los estudiantes. Se realizaron durante las últimas tres semanas de práctica hospitalaria y se llevaron a cabo en espacios fuera del aula para crear una situación que desvinculara al investigador del rol docente y donde prevaleciera un espacio íntimo entre el entrevistado y el entrevistador. El clima de la entrevista resultó distendido, debido a que previamente se había coordinado con el estudiante para que no hubiera apremios de tiempo. La empatía alcanzada con los entrevistados permitió que estos expresaran con confianza las valoraciones respecto a su experiencia. Cabe destacar que se encontraban en un momento de particular sensibilidad, ya que eran los últimos días del curso.

Las preguntas iniciales de la entrevista fueron:

1. ¿Qué opinión tienes de la práctica que realizaste en el hospital?
2. ¿Para qué te sirvió, qué aprendiste, para qué piensas que te sirve, que faltó para mejorar la experiencia de aprendizaje?
3. ¿Cómo valoras las diferentes experiencias del curso Nutrición Clínica en relación con la práctica hospitalaria?
4. ¿Te imaginas el trabajo del Licenciado en Nutrición en un hospital? ¿Cómo piensas que será trabajar como profesional en un hospital?

Luego de realizar las siete entrevistas, procedí a la desgrabación, segmentación de párrafos y categorización de frases relevantes que contuvieran conceptos según los objetivos planteados. Posteriormente realicé la recategorización según conceptos de orden superior que contuvieran ideas ejes para el análisis cualitativo. Estas categorías debieron ser reformuladas a medida que se profundizaba el análisis de los discursos. Si bien se partió de categorías que apuntaban a las debilidades y fortalezas de la experiencia, en el análisis se fueron reconociendo nuevas categorías y subcategorías que habilitaron a una mayor integralidad y complejidad de la mirada estudiantil, respecto de la práctica como espacio de formación en nutrición clínica.

4. Conceptos fundamentales y análisis de resultados

En este apartado se resumen los principales conceptos vinculados a los hallazgos de la investigación. En primer lugar se discute el rol de las universidades en el siglo xx y la enseñanza de competencias. En segundo y tercer lugar se analiza el papel de los estudiantes en el aprendizaje, luego el del profesor y de la enseñanza en función de la información proporcionada por los estudiantes. A partir de estos resultados surgen algunas categorías de análisis vinculadas a las capacidades estudiantiles y los modelos de práctica docente, que a juicio de los estudiantes serían los necesarios para una experiencia exitosa de enseñanza y aprendizaje en este tipo de prácticas situadas. En cuarto lugar, el núcleo es la enseñanza y el aprendizaje de competencias en la práctica hospitalaria desde el punto de vista de los estudiantes.

4.1 El rol de las univesidades en el siglo xx y la enseñanza de competencias

La universidad adquiere un nuevo rol desde finales del siglo xx que busca contrarrestar la histórica distancia entre el mundo académico y la sociedad. Las organizaciones como el Banco Mundial, los Ministerios de Educación Europeos, el Espacio Europeo de Educación Superior y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (EEES y la UNESCO) influyeron para generar una nueva interacción entre la formación profesional y el mundo laboral. Ejemplo de ello son las declaraciones de Sorbona (1998) y la de Bolonia (1999) dónde se sientan las bases para el Espacio Europeo de Educación Superior y se promueve fuertemente una Universidad orientada a la demanda del mercado. El objetivo final de tal propuesta era gene-

rar movilidad, diversidad y competitividad para incrementar el empleo en la Unión Europea y convertir el sistema europeo de formación en un polo de atracción mundial para estudiantes y profesores. Este proceso se extendió hacia América Latina donde en el año 2000 se formó un Espacio de Enseñanza Superior denominado Unión Europea-América Latina-Caribe (UEALC). La historia de este proceso determinó que el énfasis del papel de la educación superior se pusiera en los resultados, es decir, en el logro de competencias y que se buscara la eficacia, la regulación, el orden y los estándares a partir del control del currículum y la enseñanza. Este nuevo papel de la educación superior instaló la necesidad del desarrollo de capacidades y saberes en los estudiantes para actuar efectivamente en diversos escenarios sociales. La globalización, el progreso tecnológico y la sociedad del conocimiento hicieron que las economías exigieran el desarrollo de profesionales que respondieran adecuadamente al mundo del cambio. Los argumentos de tales exigencias se apoyaban en la necesidad de la innovación en la enseñanza superior. En ese contexto, el modelo de universidades promulga el logro de competencias y el desarrollo de capacidades que centra la enseñanza en el desarrollo de habilidades operativas e instrumentales, propias de las tareas laborales inmediatas, que invisibilizan su potencial emancipatorio y se centran en la aplicación rutinaria de acciones, reglas y procedimientos requeridos para resolver los problemas profesionales. Sin embargo, cabe preguntarse si éste es el enfoque de competencias al que debe atender la enseñanza superior.

En ese sentido, se plantea en esta tesis un enfoque de competencias diferente, donde la acción profesional requiere el involucramiento del estudiante en la interpretación personal y contextual de la situación, así como una reflexión crítica o una resolución de conflictos situada. Por ello, los contenidos de formación no pueden ser marginados en razón de su contribución instrumental al desarrollo de ciertas competencias, ya que hay contenidos relevantes que no tienen por qué ser filtrados por criterios pragmáticos de utilidad y, aún menos, por los que pudieran apelar a su “rentabilidad” en razón de las demandas del mundo del trabajo. Asimismo, debe considerarse que la decisión sobre qué contenidos incluir no puede estar basada en el

peso de unas disciplinas sobre otras privilegiando algunos campos y eliminando otros.

El punto de vista adoptado no busca prescindir del mundo del trabajo sino integrarlo como espacio de enseñanza y aprendizaje. Un enfoque reduccionista de la enseñanza universitaria puede caer en otro riesgo diferente pero igual de negativo que el enfoque instrumental: concebir el trabajo en el reino del hacer y a la educación en el mundo del intelecto. Esta concepción se enraiza en la idea de que la acción es una aplicación de la idea y el saber puede ser reducido a su expresión objetiva en términos de leyes y teorías que expliquen un mundo que aparece como dado.

En este punto parece importante distinguir qué se entiende por saber y cómo es su vinculación con el desempeño de una profesión en un contexto laboral dado. Según Barbier (1996, citado por Spinosa, 2006: 4-5), lo primero que hay que diferenciar es el saber referido a la realidad social o natural, que se halla objetivado y constituye un corpus de saberes organizados y formulados como conceptos y teorías. En segundo lugar, se describe otro saber vinculado con la capacidad de intervenir y transformar la realidad del profesional a partir de acciones. Por lo tanto, en esta concepción las habilidades, las destrezas y los actos están en relación con conceptos o enunciados (sin quedar limitados a ellos) y se verifican con criterios de eficiencia y no de verosimilitud, como sucede en el caso de los conceptos. Por último, está el saber de enfrentarse a situaciones de conflicto y tomar decisiones, estos son “saberes de situación” y se validan por la pertinencia al contexto de intervención. Asimismo, están marcados por la capacidad para dar significado a los indicios, interpretar la situación y decidir la realización de una acción frente a un repertorio posible de acciones conocidas y recabadas en situaciones particulares. Los tres tipos de saberes se encuentran en estrecha relación y están permanentemente referenciados los unos en los otros. En este sentido, el saber adquirido desde el mundo del trabajo no se limita al “saber hacer” ni la experiencia es solamente formadora para la acción, en todos aparecen las rutinas, las posibilidades de resolver problemas, etc. Todo esto nos lleva a concluir que la educación superior debe habilitar el acceso a diferentes formas de conocimiento y de acción o práctica social en forma comprensiva, reflexiva y crítica,

así como socializadora y participativa mediante diversos medios. Este punto de vista es el que permitiría generar una articulación e interconexión entre el saber qué, el saber cómo y el poder hacer.

La formación en educación superior necesita un escenario para el desarrollo permanente del conocimiento, la reflexión crítica, la construcción de nuevos principios sociales inspirados en la democracia, la participación, la tolerancia, el respeto a la diferencia y el disenso. Elementos que permitirán trascender los marcos desarticulados entre el saber y el hacer. De esta manera, se evitará una reducción presente en la universidad que dicotomiza la teoría de la práctica y donde la formación de la competencia académica excluye el desarrollo de capacidades operativas ligadas al campo laboral. Una resignificación del sentido de estos saberes al interior del sistema educativo implicaría necesariamente revisar la relación entre teoría y práctica, entre competencia como dominio de la disciplina —competencia académica— y competencia desde una concepción operacional —competencia laboral— centrada en el desempeño y sus distinciones epistemológicas, de finalidad, de transferibilidad, de aprendizaje, de la comunicación, de evaluación, de la orientación en valores y de la capacidad crítica (Barnett, 2001).

La técnica, en el dominio académico, es una condición necesaria pero no suficiente ya que otros atributos son necesarios, entre ellos se puede mencionar: la profundización en la disciplina, la firmeza personal para desarrollar y proponer ideas propias, el compromiso a través de aportes personales y la habilidad para poner el sello personal a las cosas. La competencia académica y operacional son reflejo de posiciones ideológicas que reflejan intereses sociales estructurados y constituyen intentos de definición de una actividad social como es la educación superior; ambas formas intentan explicar una parte de la realidad de una manera que restringe las posibilidades existentes.

El término competencia supone la combinación de tres elementos: la información, el desarrollo de una habilidad y la puesta en acción de los dos primeros en una situación inédita (Díaz Barriga, 2006: 20). Toda competencia contiene una información específica, al tiempo que requiere el desarrollo de ciertas habilidades cuando el estudiante se enfrentan a una situación-problema.

En suma, en esta tesis el término competencias se emplea para referirse a las capacidades del estudiante que le permiten cumplir eficientemente con las actividades atribuidas a su profesión y que no solo engloban la acción sino también la reflexión, la valoración y la elaboración de juicios que comprometen pensamientos de orden superior. Cada actividad puede requerir variadas capacidades y su proceso de enseñanza y aprendizaje debe ajustarse a ello.

Es menester retomar el contenido del cuadro 1, apartado 2.3.1, que refiere a las competencias requeridas en el PANC. Desde ese punto de vista, la práctica de nutrición clínica posee fases para completar el proceso de atención: la búsqueda de información, planificación y ejecución del tratamiento alimentario- nutricional y el monitoreo.

4.2 Los estudiantes y el aprendizaje

El aprendizaje experiencial se caracteriza por englobar experiencias relevantes de aprendizaje directo en escenarios reales que le permiten al alumno: enfrentarse a fenómenos de la vida real, aplicar y transferir significativamente el conocimiento, desarrollar habilidades, manejar situaciones sociales, contribuir con su comunidad, vincular el pensamiento con la acción, así como reflexionar acerca de valores y cuestiones éticas. Las situaciones de formación en la práctica constituyen espacios de transición, donde el estudiante representa y se representa el rol que desempeñará en su futuro. En algunas ocasiones, este adoptará las pautas y patrones de desempeño de quien opere como modelo, pero en otras actuará marcando su rumbo y definiendo sus propias filiaciones profesionales.

El estudiante en el proceso de enseñanza y aprendizaje va legitimando con un esquema de interpretación cognoscitiva y de los comportamientos en la práctica. Estos saberes conllevan información de cómo es y cómo se hace la tarea, esquemas pragmáticos relacionados con acciones concretas que se presentan como máximas o recetas; y postulados teóricos derivados de cuerpos especializados de conocimiento de los distintos campos disciplinares.

La práctica profesional se presenta como una instancia insustituible de formación, en tanto deja como saldo la internalización de un

conjunto de saberes que referencian la iniciación al mundo del trabajo (Andreozzi, 1998: 34) entre los cuales se destacan: las actitudes técnicas, el contacto con recursos y herramientas de trabajo, la identificación de valores, los hábitos de trabajo, los rituales de interacción y las tramas simbólicas que se entretajan en la vida diaria de trabajo. Esto permite comprender los mecanismos culturales que expresan rivalidad y competencias para ocupar posiciones de prestigio social, identificar modelos a imitar para configurar el pensamiento práctico, y reflexionar sobre el impacto afectivo que tiene el vínculo con los pacientes y la construcción de la naturaleza de ese vínculo. Este trayecto de la formación permite ratificar o rectificar las funciones profesionales asignadas y asumidas, los encuadres de trabajo, las exigencias como trabajador, las características de los intercambios formales y los puntos de tensión o conflicto. Las primeras experiencias de formación en la práctica implementada durante la carrera constituyen hitos significativos del propio trayecto de socialización profesional (Andreozzi, 2000: 34).

En la entrevista el estudiante, experimenta un estado de relativa incertidumbre frente a la necesidad de responder a las demandas de una institución que le es ajena y extraña (el hospital). Asimismo, posee sentimientos de ambivalencia en la medida que, por un lado, la situación le posibilita crecer y desarrollarse como profesional pero, por otro lado, supone un abandono o prescindencia de lo que él se había representado sobre sí mismo respecto al desempeño del rol profesional. El contacto directo con el mundo del trabajo genera en el estudiante un shock y produce un impacto de desorganización, al constatar diferencias entre el modelo profesional transmitido como ideal desde la formación académica y las pautas de desempeño que deben respetarse en la situación de práctica. Este desajuste es uno de los factores de mayor conmoción afectiva y de tensión, sobre la cual se entretajan estrategias defensivas.

Queda manifiesto también que la relación directa con el paciente genera un impacto afectivo particular pues el estudiante llega al primer encuentro condicionado por supuestos incorporados en su historia previa de formación. Las escenas indeseadas o temidas, las expectativas de cura, las imágenes sobre la relación terapéutica y la naturaleza del vínculo, las fantasías en torno a la tarea pesan sobre

el accionar del estudiante en la práctica. Los modelos de paciente influyen también en el estudiante. En suma, la práctica enfrenta al estudiante invariablemente al contacto directo con el objeto de trabajo. Esto despierta producciones imaginarias, deseos, fantasías, temores y al mismo tiempo produce fenómenos de resonancia intrasferibles según la historia singular de cada sujeto.

Las entrevistas mostraron que algunas actitudes en los estudiantes fueron claves para su aprendizaje. Hablan de “coraje”, y actitud proactiva para sortear dificultades que de algún modo parecían poner en riesgo la integridad afectiva. Las amenazas se transformaron en un factor motivador, sabían que tenían mayor independencia del docente, considerando el rol cumplido tradicionalmente por este, y, por lo tanto, debían realizar un trabajo más autónomo. La disposición para aprender se ve en la preocupación por el contexto de práctica que, según los estudiantes, no ofrecía en algunos casos las mejores condiciones para potencializar la enseñanza de la nutrición clínica —situaciones clínicas limitadas—, a lo que se agregó la insuficiente guía del profesor en terreno. La actitud para afrontar las dificultades favoreció la generación de estrategias estudiantiles que, a su vez, crearon ambientes favorables para el aprendizaje.

El aprendizaje autorregulado es un proceso en el que el propio educando establece metas y supervisa, regula y controla los pasos que conducen al cumplimiento de aquellas. Refiere al manejo de la propia conducta académica, a través de procesos interactivos que involucran la metacognición, motivaciones y emociones (Lanz, 2006: 28). Estos procesos tienen las siguientes características: los alumnos planifican actividades, se fijan metas, se organizan y toman decisiones sobre sus acciones. En general se sienten responsables de sus aprendizajes y suelen tener un interés intrínseco. Esto se observa en las entrevistas de algunos estudiantes. La motivación que muestran al poner en acción ciertas estrategias y evaluar sus resultados transfiere el proceso a una necesidad personal, más de orden interno y se convierte en uno de los factores que hicieron altamente positiva la práctica. Diversos fueron los ejemplos que se identifican en esta línea: la conformación espontánea de grupos de estudios, la socialización de las situaciones clínicas que se le iban presentando, el acompañamiento mutuo para

la realización de entrevistas, la observación de actividades vinculadas a la asistencia alimentario-nutricional de los pacientes en el hospital. Las situaciones que requerían estas estrategias generalmente refieren a experiencias complejas desde el punto de vista técnico; por ejemplo la simultaneidad de diferentes patologías resolviendo la conducta terapéutica, el abordar un paciente con una patología desconocida o no abordada en el teórico y también otras que implicaban gran movilización afectiva. En relación con el éxito de la formación de grupos de estudio y reflexión, los estudiantes manifiestan como prerequisite la existencia de una relación de solidaridad entre ellos.

El diálogo, el estudio, el intercambio, la búsqueda de nuevas experiencias en terreno más allá de las previstas en el plan de prácticas y la observación de éstas como fuente de información diversificando y potencializando las oportunidades de aprendizaje, la discusión, la administración del tiempo de su estadía en el hospital, fueron características de estos encuentros; algunas de estas estrategias indican que fueron estimuladas por los docentes como la lectura en diversas fuentes bibliográficas. Todo esto dicen, contribuyó a “entender” y son a su vez ejemplos de estudiantes más autónomos en las formas de aprender. Probablemente el trabajo grupal a lo largo de la carrera haya contribuido a que los estudiantes lo reconocieran como una posibilidad de obtener mejores logros y, a la vez, de alcanzar satisfacción personal durante el proceso.

Tal como expresa Huertas (1997, citada por Lanz, 2006: 12) en relación con la motivación regulada intrínsecamente, los estudiantes en los relatos parecen percibir cierto control sobre la acción y además la acción contribuye a alcanzar la meta. Las metas en este caso se orientan a mejorar el aprendizaje, más que a un resultado como la aprobación del curso, aunque el interés pueda ser de carácter pendular. Esto se manifiesta cuando en las entrevistas el estudiante plantea la tensión existente entre los problemas coyunturales del centro hospitalario, su inexperiencia en contextos reales, la ausencia de modelos que lo orientaran en terreno y, por otro lado, las exigencias en demostrar cierto dominio en la realización de entrevistas en instancias de evaluación del curso. Por lo tanto, es claro también que la búsqueda de estrategias se justificaban frente al interés de obtener buenos resultados en las

pruebas. Generalmente, cuando los contextos dificultan el aprendizaje, resulta más difícil encontrar estrategias, porque no depende sólo del estudiante, sino de la relación estudiante-contexto (Pintrich 2000, citado por Lanz, 2006: 18). Sin embargo, lo expresado en las entrevistas muestra la existencia de estrategias que los ayudaron a ajustarse a las dificultades de la práctica y a alcanzar el objetivo perseguido de la forma más eficaz posible (Monereo, 1994: 23-27). La salida al terreno, aquí la práctica hospitalaria, habilitante para un aprendizaje significativo, promover la necesidad de la lectura a partir de la identificación de problemas clínicos demandantes en la práctica, así como el estímulo frente a la interacción con escenas y actores del centro hospitalario seguramente contribuyeron a la puesta en marcha de algunas de las estrategias de autorregulación. ¿Porqué expresan valoraciones negativas de la experiencia? Como se expresó se basan en la anticipación de experiencias prácticas al desarrollo de algunos conceptos teóricos como pre-requisito, se suma la baja tutoría docente, a la que se suma la distancia de la práctica con el profesional del hospital. Manifiestan que este encuadre dio como resultado una experiencia que promovía autonomía pero que fue prematura considerando, las actividades asignadas y el contexto donde estas se desarrollaban, tanto en los aspectos cognitivos como afectivos. Los siguientes segmentos extraídos de las entrevistas dan cuenta de lo expresado.

Fue la primera instancia, nunca habíamos tenido una entrevista, entonces fuimos a coraje. (e1p8 inexperiencia y actitud)

como que todo fue a lo que yo averigüé y por eso digo que para mi terminó siendo un enriquecimiento, claro, terminé aprendiendo pila de cosas..., (e4p3 autoformación)

... a lo último empecé a no tener contacto con los pacientes, pero igual conversábamos con mis compañeros ... íbamos a ver, ... quedábamos en la hora que servían el almuerzo, viendo lo que comían los pacientes, entonces eso de estar ahí ese momento, aprendés mucho más que capaz estando todo el tiempo en el salón de clase. Y también nos servía eso de estar, de discutir mucho entre nosotros... entre mis compañeras los temas, eso me sirvió mucho...empezar a relacionar los temas entre nosotros, eso me gustó mucho. (e6p8 autoformación-motivación)

fue muy bueno la interacción con los compañeros porque nos apoyamos mucho..., a veces en una entrevista íbamos más de uno y nos apoyábamos. (e1p8 apoyo, trabajo grupal)

y ta también todos siempre preocupados por el tema de la evaluación, obvio, de que venía el encare, de que teníamos que saber hacer entrevistas, que nos iban a evaluar, entonces, como que era todo jugado, tema que nosotros teníamos que aprender y tema de la evaluación. (e6p11 contraposición entre exigencias y posibilidades de aprendizaje)

4.3 El profesor y la enseñanza

La clave para el desarrollo de competencias de orden superior está muy relacionado al rol del profesor. Este deberá contribuir a desarrollar el pensamiento complejo y el compromiso para recorrer etapas más elevadas del desarrollo intelectual; evitar el conocimiento frágil, inerte, ingenuo, estereotipado, ritual, en definitiva, el pensamiento pobre (Perkins, 2001: 32). También el profesor deberá ayudar a que el estudiante sea consciente del aprendizaje. En ese sentido, la explicación, la ejemplificación, la aplicación, la justificación, la comparación, la contextualización y la generalización son actividades requeridas en el desempeño profesional y requieren pensamientos de orden superior. Siempre será necesario adecuar el saber adquirido a las condiciones únicas del problema, por lo tanto, las competencias que están implícitas en el quehacer requieren comprensión de la acción. La retención, la comprensión y el uso activo del conocimiento son tres metas indiscutibles de la educación. Así se evitará que los profesionales novatos desconozcan las particularidades propias de los problemas a atender.

El rol del profesor y algunas condicionantes para su desempeño se identificaron en las entrevistas. Se destaca el rol docente experimentado y el demandado, la formación del docente y la carga de trabajo.

Según Rogers (1980, citado por Andreozzi, 1998: 37), los aprendizajes autoiniciados, como los que surgen de las prácticas de formación, se caracterizan por despertar en el sujeto sentimientos de ambivalencia, en la medida que, por un lado, representan la posibilidad de crecimiento y desarrollo, pero al mismo tiempo suponen un abandono o

prescendencia de saberes anteriores, lo que puede justificar el reclamo de mayor acompañamiento docente.

Las demandas del rol docente son confrontadas con el rol experimentado. Se menciona la necesidad de apoyo, contención, ayuda, guía en terreno, dada la situación de vulnerabilidad que sintieron. Por otro lado, aparecen como variable, el papel motivador positivo o no del docente. Dado que la práctica hospitalaria no está planificada para que el estudiante trabaje junto a un nutricionista del centro hospitalario, al docente se le demanda que podría asumir el lugar de ese modelo o ejemplo a imitar, que permite ir configurando el pensamiento práctico del futuro profesional. La observación directa de la actuación profesional, el modo en que piensa, constituye la base para internalizar patrones de comportamiento y reflexión de la acción. Esto lleva a plantear el tema del estilo de desempeño esperado por los estudiantes. Los estilos de intervención docente son producto de las representaciones que se construyen acerca de los alumnos, de los tipos de prácticas que deben realizar los estudiantes y de los componentes personales (Feldman, 1997 citado por Lucarelli et cols., 2007, pag 12). El estilo es definido como el “conjunto de disposiciones relativamente invariantes que caracterizan el ejercicio profesional de un sujeto singular en situación de trabajo” (Andreozzi, 1996, citado por Lucarelli et cols., 2007: 14). Las prácticas docentes son producto de determinaciones sociales e institucionales que van configurando formas compartidas de interpretar la realidad. Esta construcción instituye una identidad, que va permitiendo formar un modelo (Andreozzi, 1996, citado por Lucarelli et cols., 2007: 13). Este modelo está guiado por patrones de comportamiento gestados por acumulaciones de saberes que comprenden cierta herencia, como capital cultural, y estabilidad en el tiempo. El modelo docente estructura su conducta, otorga cierto margen de previsibilidad a las acciones y opera como impronta de su identidad. El docente de prácticas desarrolladas particularmente en un hospital, seguramente, incorpora en su modelo de actuación algunos de los siguientes aspectos (Lucarelli et cols., 2007: 13): supuestos en los que basa los procesos de enseñanza y aprendizaje; consideraciones acerca de cómo se debe realizar la atención nutricional hospitalaria; la concepción del encuadre requerido para la tarea en términos de poder, autonomía y tipo

de comunicación; la forma en la que entiende y controla el proceso de enseñanza-aprendizaje; el tipo de resultado al que le da valor (de formación y de asistencia). El modelo de actuación docente se revela a través de los modos de diagnosticar, problematizar, planificar, gestionar y evaluar, las maneras defensivas de reaccionar, las formas de percibir y juzgar la realidad, las modalidades de comunicación e interacción y las distribuciones de poder.

Se pueden reconocer modalidades de intervención docente relacionadas con la observación y supervisión de la tarea de los estudiantes con el paciente y otras de intervención que se concretan en la participación directa en la actividad asistencial que realizan los estudiantes. La posición de los docentes en este estudio parece ser según algunos bastante distante de las actividades asignadas a los estudiantes en terreno; otros consideran que fue algo más próxima a sus demandas. En modo excepcional se mencionan actividades docentes vinculadas directamente con la atención de los pacientes en el centro hospitalario.

La posición docente distante de la práctica, según refirieron los estudiantes, podría estar planteado como una forma de propiciar el desarrollo autónomo del estudiante. Sin embargo, cuando se pretende formar para un desempeño autónomo, cabría plantearse el tipo y calidad de experiencias previas que tienen los estudiantes. Este aspecto parece ser una debilidad, ya que los estudiantes la califican como una experiencia nueva en el currículum.

De todas formas, la autonomía debería ir acompañada de una observación directa, que permita intervenir, supervisar y mirar de cerca. En situaciones de iniciación a la práctica o de menor experticia es necesario un acompañamiento en terreno.

Importa también reconocer cómo actúa un docente cuando participa en la práctica estudiantil en la atención a un paciente. El estilo docente en las actividades de asistencia al paciente podría estar marcado por tres momentos: el primero corresponde a la iniciación del vínculo con el estudiante y la situación de práctica, el segundo a la forma en que el docente interviene mientras el estudiante actúa en la práctica y el tercero se encuentra fuera del acto de atención al paciente, en el que el docente interactúa con el estudiante respecto a lo realizado. A continuación se desarrolla cada uno de ellos.

El primer momento sería de trabajo con el estudiante, vinculado a cómo contextualiza la intervención estudiantil: ¿qué conocimientos tiene el docente de los pacientes asignados al estudiante o grupo de estudiantes? ¿cómo obtuvo la información?: ¿se la pregunta al estudiante, va en búsqueda de la información en la historia clínica, entrevista él al paciente en presencia del estudiante?

Otro momento importante sería, por ejemplo, observar mientras el estudiante realiza la entrevista al paciente, ya sea en una fase inicial o en el monitoreo. Importa si la relación en el desempeño está mediada por la actividad verbal con el estudiante o si son interacciones del docente directamente con el paciente. A su vez, esta interacción podría basarse en críticas, sugerencias, solicitud de fundamentos, definición de procedimientos, entre otros. La modalidad que el docente desarrolla a través de su participación en la tarea asistencial pone en evidencia la concepción de enseñanza que orienta sus acciones.

En las entrevistas se encuentran algunas menciones que refieren a la preferencia estudiantil de un docente con un perfil próximo al modelo heurístico. En esta orientación el docente actúa mientras el alumno observa, por ejemplo, va haciendo aclaraciones, justificaciones o explicaciones a medida que realiza la entrevista a los pacientes. Este modelo dista del modelo colaborativo, donde docentes y estudiantes encaran la atención del paciente en forma colaborativa.

Esta necesidad probablemente esté reforzada porque el estudiante tampoco contó con el nutricionista del centro hospitalario como referente. Por lo tanto, es comprensible que necesite observar como forma de anticipar un trabajo más protagónico. La observación e imitación de algunos rasgos del estilo de desempeño docente permiten al estudiante incorporar como propios los esquemas de acción y reflexión del otro que opera como modelo (Andreozzi, 1998: 40).

Siguiendo con el proceso de intervención docente planteado, habría un tercer momento, fuera del acto de atención al paciente, en el que el docente interactúa con el estudiante respecto a lo realizado. Si bien no hay referencia directa de trabajo conjunto docente-estudiante en la atención de los pacientes en terreno, indirectamente y en forma débil se esboza la existencia de docentes que apuntarían a formar en capacidades complejas, como la fundamentación del quehacer, para lo

cual se necesitan momentos de reflexión de la acción probablemente instituidos en un espacio académico diferentes a la de la práctica hospitalaria. Los estudiantes plantean la necesidad de buscar respuestas múltiples frente a un contexto complejo y de fundamentar las decisiones. Simultáneamente, en una de las entrevistas aparece la figura de un docente con predominio directriz, orientación que provoca insatisfacción en el estudiante.

Las situaciones de formación en la práctica constituyen espacios transicionales, donde el estudiante representa y se representa el rol que desempeñará en su futura vida profesional. Por esta razón, el docente también debe acreditar idoneidad pedagógica para analizar las vicisitudes propias de las experiencias de formación. El docente debería desarrollar competencias en el diagnóstico in situ de los problemas, detectar exigencias y demandas de formación que derivan de la singularidad de cada estudiante, con el objetivo de determinar la índole de los aprendizajes que debe facilitar, así como los recursos que sean necesarios para tal fin. Es importante considerar el papel que adquieren la transferencia y contratransferencia en los vínculos entre docentes y estudiantes, ya que parecería que los modelos de relación podrían condicionar posteriormente el modo de relacionarse con el paciente (Andreozzi, 1998: 40)

Una demanda hacia los docentes planteada por los estudiantes en la entrevista, fue una mejor retroalimentación en el proceso enseñanza-aprendizaje. Los estudiantes se desilusionaron porque los docentes no les devolvieron su producción escrita en tiempo, fundamentalmente para que la evaluación pudiera reorientar o confirmar el abordaje que habían realizado. De todos modos, si hubiera existido la devolución del material escrito, habría habido un desfase en el tiempo entre esta devolución y el vínculo que el estudiante establecía con el paciente sobre la cual basó el trabajo. Los estudiantes relatan que cuando debían cambiar el curso de su acción —aunque esta era muy limitada en términos de asistencia real al paciente— al reconocer los errores en los trabajos corregidos, los pacientes ya no se encontraban hospitalizados. Esto les generaba sentimientos de angustia. Si bien el error es concebido frecuentemente por docentes —y como consecuencia por estudiantes—, como un problema, las expre-

siones de los estudiantes denotan claramente que lo reconocen como un camino para aprender.

Según Camilloni (2004:7) la evaluación formativa se caracteriza por la contemporaneidad con los procesos de enseñanza y de aprendizaje y la intención de que la información que se recoge en la evaluación permita mejorar la enseñanza y el aprendizaje, a través de la identificación de errores y causas. Los alumnos deben aprender a autoevaluar-se y esta es una oportunidad para expresar su nivel de comprensión con confianza, trascendiendo las calificaciones. La autoevaluación y autoformación contribuyen a la formación de los profesionales en la función autognóstica, concebida como el conocimiento y la reflexión de sí mismo (Carbajal, 2008: 51).

Bonniol (1984, citado por Camilloni, 2004: 11) distingue la evaluación “formadora” de la “formativa”, ya que la primera se centra en la regulación del alumno y la segunda concierne de manera prioritaria al profesor. Cuando los alumnos comprenden claramente los criterios de evaluación expuestos previamente, se convierte en una técnica pedagógica que permite a los alumnos dirigir sus trabajos y mejorar sus desempeños. Se debe no solo conocer los objetivos sino los procedimientos para alcanzarlos. Este conocimiento es necesario para el alumno, y el profesor debe orientarlo. Esto es uno de los puntos de partida en la formación de los hábitos deseables para el perfil de egreso y esenciales para la práctica de los profesionales. Tal como plantea Perrenoud (1998, citado por Camilloni, 2004: 11) este enfoque metodológico demanda que los profesores dispongan de tiempo y condiciones de trabajo, además de formación pedagógica. Algunos de estos factores probablemente actuaron en contra para que prevaleciera en la práctica hospitalaria este enfoque en el trabajo docente, lo que provocó la insatisfacción de los estudiantes en este punto.

Los estudiantes plantean que la carga de trabajo docente fue un problema que impidió una mejor respuesta a sus demandas. Las expectativas estudiantiles respecto al rol docente conjugan características de un docente formado para enseñar, con dominio del oficio de enseñar. Por esta razón, en algunos casos adjudican las debilidades en el cumplimiento del rol a la inexperiencia docente.

Un docente experimentado se manifiesta en dos sentidos. Por un lado, tiene experiencia en el saber hacer y en demostrar tareas propias de la práctica profesional. Por otro lado, sabe generar espacios donde el estudiante pueda analizar, reflexionar, repensar sus saberes desde el vínculo directo con los problemas y exigencias que se derivan de la singularidad del estudiante y de la situación vivida en la práctica. Al igual que en cualquier otra profesión, la inflexibilidad y el escaso margen para trabajar con la incertidumbre surgida de la práctica son características de los docentes novatos.

La diversidad de experiencias de los profesores responsables de la práctica hospitalaria justificaría también las distintas orientaciones docentes según los relatos estudiantiles. Estas diferencias se distinguen por el mayor o menor acompañamiento docente en las actividades asignadas al estudiante en terreno. También, si el enfoque de trabajo con el estudiante facilita revisar su actuación en la práctica y lo orienta en los pasos siguientes.

La experiencia docente también podría haber contribuido a superar factores que los estudiantes identificaron como potenciales problemas para el desempeño. La inexperiencia estudiantil en la práctica y las exigencias en el aprendizaje de una disciplina nueva —nutrición clínica— son factores que deberían ser tomados en cuenta por los docentes. Desde la visión de los estudiantes, los docentes de práctica necesitan estar preparados para administrar adecuadamente las demandas estudiantiles, algunas de ellas, diferentes a las que se pueden plantear en el aula. Lo disciplinar en contexto, lo emocional, la coordinación y articulación con otros actores son asuntos que competen a los docentes que se mueven fuera del aula. También, deben reconocer patrones comunes en las demandas que puedan ser resueltas en subgrupos y alternar con encuentros individuales, fundamentalmente, para trabajar con dificultades en el aprendizaje. Esta estrategia permitiría atender a otro problema que los estudiantes marcan como una dificultad para los docentes: la numerosidad estudiantil. Si bien existe una relación crítica entre estudiantes y docentes que beneficia un trabajo en campo, la formación de los docentes también influye sobre la capacidad para trabajar con grupos numerosos favoreciendo la calidad en la enseñanza, mediante el desarrollo de estrategias que vuelvan más pequeños los grupos numerosos.

Finalmente, las expectativas estudiantiles del docente de práctica, se sintetizan en un rol de sostén afectivo, modélico conjugando saber y hacer y capaz de administrar la diversidad de situaciones que demanda la enseñanza en la práctica en terreno.

Algunas expresiones vertidas por los estudiantes en estas categorías fueron:

más apoyo, un poco más de contención. (e3p6 demanda de sostén)

fue muy bueno el trabajo que tuvieron las docentes con nosotros, pero de repente haber tenido un poquito más de seguimiento (e1p5 evaluación positiva con demanda de acompañamiento)

teníamos una docente guía que siempre estaba ahí, nos ayudaba, eso es muy positivo porque digamos le preguntabas una duda y nos contestaba y te decía “bueno vamos a pactar tal cosa”(e5p5 acuerdos de trabajo)

instancias de resolver casos con los sentidos, mismo ir y que el docente haga la entrevista (e1p8 el docente como modelo de desempeño)

no es bajar decirme contame tu caso y tal cosa, tengo tales dudas y buscá en un libro (e7p8 predominio directriz)

el problema de que éramos muchos, también, éramos demasiados, entonces como que no teníamos tanto seguimiento, me pareció... (e1p5 la numerosidad como causa de insuficiente guía)

tampoco era culpa de la profesora, para mí es porque no tenía mucha experiencia, la primera vez que agarraba un grupo de veintidós personas que todos íbamos hacia ella (e7p8 inexperiencia docente)

4.4 La enseñanza de competencias y el currículum

En el ámbito curricular las competencias (Díaz Barriga, 2006: 21) se categorizan como: a. disciplinares o específicas y b. transversales o genéricas. Las primeras requieren desarrollar procesos de pensamien-

to específicos en una disciplina, mientras que las segundas conjugan un enfoque inter o multidisciplinario. Por ello, estas pueden integrar aprendizajes de varios campos con capacidades genéricas tales como: la comunicación, el trabajo en equipo, la capacidad de aprender, entre otras. La noción de transversalidad es la que requiere una formación de actitudes basadas en los conocimientos, por ejemplo, la perspectiva ambiental, el respeto a los derechos humanos y la educación para la democracia. Esto adquiere sentido si se piensa que el quehacer profesional está guiado por el desarrollo de actividades paradigmáticas en los diferentes campos de desempeño. Por ello, en el marco de la formación profesional se pueden identificar aquellas competencias complejas que pueden caracterizar el grado de conocimiento experto en la vida profesional. Sin embargo, en los procesos de construcción de los planes de estudio cuando se intenta legislar la complejidad el resultado podría ser que se elaboraran competencias de orden menor provocando fragmentación y un efecto adverso al que se busca.

La propuesta curricular por competencias para la educación superior adquiere bajo estas circunstancias elementos contradictorios: por una parte, tiene capacidad para establecer una formulación de alta integración en la competencia general pero, por otra parte, da paso a diversas competencias menores, que fácilmente pueden terminar en una propuesta de construcción curricular basada en objetivos fragmentarios. En este sentido, ambos enfoques pueden determinar las mismas características: la precisión, el ser conductuales, jerárquicos, fácilmente evaluables y, finalmente, llevar los contenidos educativos a un valor instrumental desde un enfoque medios-fines. De esta forma, la fragmentación atenta contra el carácter holístico de las competencias.

La competencia no se aplica a una única situación y se la puede usar en una gran variedad de circunstancias. Su identificación, la forma de adquisición y el juicio que se requiere para aplicarla a una situación son elementos que la educación superior no puede dar por sentado. La situación en cuestión tiene que ser definida, o más aún, debe ser construida en términos no solo de eficiencia y productividad, sino en relación con el entorno natural, social y humano. En este sentido, se debe desarrollar una doble capacidad: la de enmarcar una situación en un espectro de formas posibles y la de identificar las competencias necesarias para

abordar la situación tal como ha sido definida. De esta forma, la educación superior requiere de metaeducación, en la que los estudiantes desarrollan independencia para valerse de un espectro de habilidades en el contexto de la lectura de una situación (Barnett, 2001:89). Por lo tanto, la reflexión y el juicio son una parte sustancial de la competencia y, dado que, la tarea principal de la educación superior es generar conocimiento y comprensión esta tiene la particular responsabilidad de hacerlos efectivos. En ausencia de conocimiento y comprensión, la acción sería azarosa, mecánica, rutinaria e irreflexiva.

A continuación se analiza la información proporcionada por el estudio cualitativo y cuantitativo y se organiza en tres secciones. En la primera se analiza la enseñanza y el aprendizaje de competencias para la práctica hospitalaria en el PANC; allí se distinguen las debilidades y fortalezas para competencias de dimensión técnica, humanística y procesal, considerando la suficiencia en las actividades desarrolladas por los estudiantes según datos aportados en la encuesta, la distinción entre lo observado por el estudiante en contraste con el modelo de desempeño académico, y las señales de ritualización y práctica reflexiva, categorías éstas surgidas de las entrevistas. En la segunda sección se desarrolla específicamente la comunicación como competencia que tiene dimensión técnica y humanística relacionada a la función vincular tanto con pacientes, como con miembros del equipo de salud y futuros colegas. La última sección está dedicada al factor Tiempo, expresado en las entrevistas como un elemento condicionante del aprendizaje.

4.4.1 Enseñanza y aprendizaje de competencias en la práctica hospitalaria

La información proporcionada por la encuesta y analizada a la luz de las referencias teóricas se profundizó considerando las opiniones de los estudiantes y la valoración que ellos hacían de la práctica. Según Sacristán (1989 en Andreozzi, 1998: 38), las representaciones de la práctica operan como una fuente de aprendizaje cognitivo (conceptuales y procedimentales), afectivos y sociales que permiten contribuir a la internalización de un conjunto de saberes que inducen al pensamiento práctico.

Los estudiantes señalan como se muestra en el cuadro 4, que la mayoría se comunicó con el paciente teniendo como motivo la búsqueda de información que le permitió elaborar el diagnóstico. Esto se potencia con el estudio cualitativo, donde los estudiantes marcan que la entrevista y anamnesis fueron la columna de su intervención, la gran diferencia entre la teoría y la práctica hospitalaria del curso y que tuvo gran impacto afectivo y valor técnico. Tal como lo expresan las entrevistas con pacientes parecen haberse realizado fundamentalmente en la primera etapa del proceso, o sea, en búsqueda de información para el diagnóstico clínico-nutricional. A este respecto se debe sumar como punto positivo a la enseñanza de competencias en la atención nutricional hospitalaria, que el paciente no fue la única fuente de información; el empleo de multiplicidad de fuentes es un elemento favorable para contrastar información.

Como se muestra en el cuadro 3 resultaron también suficientes en la práctica estudiantil el número de indicadores de valoración de riesgo nutricional, antropométricos y de ingesta empleados; el haber experimentado mediciones antropométricas alternativas para flexibilizar la valoración frente a obstáculos clínicos; así como utilización de diferentes métodos para el cálculo de necesidades de energía de los pacientes y realización de diferentes tipos de planes. La diversificación de fuentes y métodos contribuye a la formación de competencias de todas las dimensiones y con diversidad de funciones.

Se identifican como debilidades del plan de prácticas realizar el monitoreo, tal como se muestra en el cuadro 3. El abordaje nutricional fue esquiva a factores reales de corte biológico, psicológico e incluso organizacionales que condicionan el devenir de la situación clínica y requieren adecuación alimentario-nutricional. La realización de cambios en el plan de tratamiento de un paciente están indicados por una evolución supuesta de alta del paciente, según se expresa tanto en el estudio cuantitativo como en las entrevistas a los estudiantes. La interacción estudiante/paciente en el monitoreo es una actividad que se diferencia de la realizada en el primer contacto. Al inicio, el estudiante como profesional no ha establecido con el paciente ningún vínculo previo que lo comprometa con sus intervenciones. Sin embargo, en el monitoreo o control el paciente puede poner en cuestión las acciones

profesionales lo que lo llevaría a reconsiderar sus decisiones o a buscar argumentos para sostenerlas. Otra señal de la debilidad en el monitoreo del proceso de atención, es la baja proporción de estudiantes que indican haber realizado valoración intrahospitalaria de la alimentación de los pacientes, expresado en el cuadro 3. El monitoreo contribuye a la enseñanza de competencias que alcanzan a las dimensiones técnica y humanística; a su vez el monitoreo como etapa del panc contribuye a la dimensión procesal en su función metodológica.

El abordaje de problemas y la priorización de la atención de los pacientes aparece como un modo de pensar la acción. Sin embargo, aunque estén orientadas teóricamente a una praxis reflexiva algunas declaraciones podrían contravenir este criterio, por ejemplo, la mención de la visita diaria a todos los pacientes. Este aspecto estaría más próximo a una práctica rutinaria y débilmente cargada de criterio técnico. La inexperiencia y la atención de muy pocos pacientes en simultáneo podrían justificar la aplicación de métodos y técnicas diagnósticas sin discriminar su pertinencia, algo que es más característico de etapas iniciales donde la práctica repetitiva antecede a la inventiva. La priorización en la atención de los pacientes según las situaciones clínicas, la individualización del tratamiento, el control en la asistencia, se instalan entonces como saberes legitimadores de la práctica, problememente como afirmaciones de carácter teórico, pero que en estado rudimentario operan como un esquema pragmático relacionado con acciones concretas y que aparecen expresadas en enunciados discursivos del tipo refranes, máximas y recetas (Andreozzi, 1998: 35).

Otro aspecto a señalar para valorar la experiencia de aprendizaje es la diferenciación que realizan los estudiantes en las entrevistas, en relación a las actividades ejecutadas y las observadas. Por un lado las dirigidas al paciente y, por otro lado, las que realizan los actores de la organización sanitaria, especialmente el licenciado en nutrición. Esta figura está ligada discursivamente al ideal y al modelo de lo que “debería ser y hacer” un profesional. Asimismo, la presencia de este profesional se busca como una forma de respaldo, apoyo para reencausar problemas en la asistencia y para pensar con otro la pertinencia en la orientación-educación del tratamiento.

Otras actividades parecen indeterminadas o no experimentadas en el desempeño profesional. Se advierte en las entrevistas que los estudiantes no observaron ni tuvieron referencias sobre cómo se lleva a cabo la solicitud de menú para los diversos tratamientos nutricionales, es decir, del proceso que consolida la ejecución del plan alimentario. También se identifica este resultado en el cuadro 6 del estudio cuantitativo reflejado en que menos de la tercera parte de los estudiantes declara que conoció la documentación empleada en el proceso de atención alimentario-nutricional del paciente. Sin embargo, en algunos relatos de las entrevistas, se muestra que sí participaron cuando tuvieron comunicación con licenciados en Nutrición, pero sin mayor conocimiento de los procedimientos ni comprensión de las tareas que involucran. Si bien las prácticas en terreno permiten al estudiante incorporar esquemas de acción ligados al desarrollo de actividades que componen el puesto de trabajo, estas resultan bastante imprecisas en su formulación, desajustadas y, en algunos casos, desconocidas para los estudiantes. Por otro lado en el cuadro 4 del estudio cuantitativo queda de manifiesto la baja prevalencia en el intercambio que tuvo el estudiante con los licenciados en nutrición del servicio de salud alcanzando algo menos del 60% de los encuestados. Esto podría ser una limitación para la internalización del proceso de atención.

Dado el carácter inaugural de la práctica hospitalaria que manifestaron los estudiantes, lo que se revela como se verá más adelante en el impacto afectivo de la experiencia, los estudiantes no conocían por ejemplo, los ajustes que hace el licenciado en nutrición a la prescripción realizada por el médico, La carga del trabajo profesional se presentó como un problema futuro vinculado al número de pacientes a asistir y a la dinámica de adecuar el plan de tratamiento a los cambios clínico-nutricionales que puedan sucederse en el paciente. En la primera situación llama la atención la distancia entre el problema que avisan y la fuerza que le imprimen a la individualización del paciente en la asistencia, porque podría estarse desconociendo el abordaje colectivo con individualización propia de la atención alimentario-nutricional en un hospital. Esto suma a la idea del desconocimiento de los estudiantes respecto a aspectos de la asistencia hospitalaria a los pacientes como por ejemplo la documentación o guías de alimenta-

ción o planes de menú, como se muestra también en el estudio cuantitativo, particularmente en resultados del cuadro 6.

La distancia entre la práctica estudiantil y el desempeño de los licenciados en Nutrición puede haber dificultado la comprensión en las funciones profesionales, los encuadres de trabajo, las exigencias del puesto, los puntos de conflicto y su resolución. Esta distancia también pudo haber obturado una de las vías privilegiadas de socialización, que Mendel (1996, citado por Andreozzi, 1998: 37) denomina “socialización identificatoria”. Se trata de una relación con el entorno social, mediatizada por la figura de un otro —el Licenciado en Nutrición— que desde su saber experto ocupa el lugar de la “autoridad” y opera en este sentido como “modelo” de referencia. Por lo tanto, se deberían propiciar experiencias que habiliten a generar en los estudiantes una actitud cooperativa en las relaciones con sus colegas y viceversa. Esto favorecería que se adaptaran a equipos de trabajo para buscar eficacia en forma corporativa, como fuerza transformadora de la realidad. En sus discursos los estudiantes destacan la importancia que tuvieron los acercamientos voluntarios entre estudiantes y nutricionistas del hospital. Estas instancias contribuyeron a que comprendieran el manejo práctico de la malla que se teje en la atención nutricional de los pacientes. En estos casos, no solo quedaron involucrados componentes técnicos, sino también atribuciones del profesional en relación con las decisiones tomadas, lo que da cuenta de la influencia que tiene el nutricionista en los modos de pensar la acción como referente profesional. Algunos ejemplos son: el registro en la historia clínica, la prescripción dietética y las adecuaciones a la prescripción médica que le permitirían al estudiante familiarizarse con un estilo técnico de comunicación desde el saber disciplinar, además de construir y compartir identidad profesional como proceso histórico cultural.

Algunos segmentos de las entrevistas representan estas dimensiones:

Y bueno este, yo me imagino bueno este... haciendo la anamnesis haciendo la resolución del caso y hacer una prescripción indicando qué alimentos, qué preparaciones puede ser para este paciente (e1p11 actividades asistenciales)

Yo pienso fue lo que más, así me quedó, que digo es un trato individualizado por paciente y cada uno se trata diferente...(e5p8 atención individual)

4.4.2 La comunicación y los vínculos en el escenario real

La comunicación, ya sea oral u escrita, es una competencia importante y transversal a todas las relaciones humanas. Pero, particularmente, en la relación profesional/paciente donde los tecnicismos y la jerga profesional pueden entorpecer la comprensión. Asimismo, el lenguaje es la forma privilegiada de trabajo con los pacientes en todas las etapas del plan y con los diferentes actores de la organización de salud.

En el cuadro 4 se muestra la baja comunicación en forma escrita, mediada por la historia clínica fundamentalmente. El estímulo de algunos docentes guías podría explicar las excepciones que alcanza solo a la tercera parte de los estudiantes. El registro debería en cualquier caso estar bajo la supervisión del Licenciado en Nutrición, ya que el estudiante está en una etapa inicial de su formación en nutrición clínica, según indica el plan de estudios, además de no tener la autoridad ni responsabilidad funcional para asumir sólo esta actividad. Sin embargo, es clave introducir estas cuestiones en la enseñanza porque requieren capacidades complejas para no caer en el registro de trivialidades. La formación para la comunicación escrita en los documentos, además de proveerle al estudiante el lenguaje apropiado, contribuye a que dimensione el valor de la atención integral del paciente. Esto se vincula con la dimensión técnica y también con la dimensión procesal, ya que metodológicamente le exige priorizar y ordenar la información, entre otras capacidades. Desde la dimensión humanística, el registro en la historia clínica y kardex requiere manejar información de carácter confidencial y esto implica trabajar sobre valores. Aun bajo una práctica tutelada, la comunicación escrita en la historia clínica promovería un papel más activo en la comunicación con otros miembros del equipo, ya que demandaría búsqueda de fundamentos y defensa de ideas.

Si bien fue positiva la comunicación ineludible con el paciente, en la anamnesis donde se recoge información para el diagnóstico, el estudiante cuenta con un parlamento pre-pautado por un protocolo dado

por los docentes tal como se identifica en el estudio cuantitativo. De esta forma queda un margen acotado para redireccionar la entrevista según amerite la información resultante del diálogo. Entonces, si bien es esencial y positivo que la anamnesis esté incorporada a la práctica estudiantil deberían considerarse dos fases en la enseñanza: primero que el estudiante alcance cierto dominio en los aspectos protocolizados en la historia nutricional, para que a posteriori pueda experimentar la construcción de una anamnesis con mayor individualización según las múltiples variables a considerar.

En relación a la comunicación verbal, fue desfavorable que en la interacción con pacientes hubiera baja prevalencia para el asesoramiento u orientación nutricional asumiendo el estudiante un rol activo en la interacción. Esta actividad propia de la ejecución del tratamiento, obliga al estudiante a revisar los fundamentos teóricos y la información de la anamnesis que sustentan el plan de tratamiento hospitalario y traducirlo en forma ordenada a un lenguaje comprensible para los pacientes y/o acompañantes. Al mismo tiempo, el profesional debería estar preparado para que al expresar una proposición exista la posibilidad de una contra-argumentación y esto obligue al profesional a reconsiderar nuevos fundamentos o a contextualizar los ya brindados. Asimismo, implicaría desarrollar el manejo transferencial y contrareferencial que se da en la relación paciente-profesional u acompañante-profesional. En la medida que la orientación nutricional a los pacientes correspondiente a la etapa de ejecución se vio restringida, se debilitó la concepción de la atención nutricional como proceso y, por ende, las competencias requeridas en el desempeño de las actividades implicadas.

Otro aspecto importante de considerar en la comunicación, es cómo se reflejan los vínculos construidos en la práctica estudiantil. Desde la perspectiva de Glazer (1966 citado Andreozzi, 1998: 35) la *socialización profesional* puede ser entendida como el proceso desde el cual el estudiante desarrolla habilidades y actitudes técnicas vinculadas a la aplicación práctica de su conocimiento, al mismo tiempo que identifica valores y hábitos de trabajo propios de su futuro mundo profesional. En este sentido, la socialización requiere de la interrelación con otros y el desafío de pensar en un equipo de trabajo o un modo de trabajo que permita el enriquecimiento personal, colectivo y productivo a la vez.

Los equipos de trabajo son el resultado de una compleja interacción entre personas que coexisten en el mismo lugar y tiempo. La apertura al diálogo y la explicitación de puntos de vista personales permiten conformar un pensamiento compartido. El reconocimiento de aptitudes y actitudes puede favorecer o dificultar el trabajo colectivo. Cada persona que se integra al equipo desde sus propios conocimientos y experiencias debe articularlos con los conocimientos y experiencias de otros. A su vez, también se integra a un modelo organizacional con una cultura determinada con valores y normas que rigen las relaciones y que en muchas oportunidades se contraponen a las individuales. Por ello, el trabajo en equipo supone una tarea o práctica conjunta, articulada y cogestionada. Dentro de las habilidades requeridas para el trabajo en grupo es importante la flexibilidad y la claridad de los límites disciplinares. En este sentido, aprender a evaluar aspectos positivos y negativos de las tareas, tener capacidad de escuchar y aceptar la evaluación de los demás, así como actuar con un estilo de comunicación claro y poder autoevaluarse son imprescindibles para el trabajo en equipo.

El Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay (SNIS) prioriza el trabajo en equipo multidisciplinario en la medida que busca una mirada integral de la salud para brindar una adecuada atención a los usuarios en los diferentes niveles de atención. El Sistema de Salud debe ser considerado en la definición de competencias para las que se deben formar los profesionales de la salud y, en particular, a los licenciados en Nutrición.

Enseñar a trabajar en equipo en las prácticas de campo requiere no solo de la intención educativa, sino de la existencia de equipos de trabajo en los ámbitos de desempeño en los que se podría funcionar como equipos multiprofesionales (entendidos como la yuxtaposición de diversas disciplinas) o de manera interdisciplinaria (interacción entre dos o más disciplinas). Para este desafío es necesario enseñar a los estudiantes a reconocer los roles profesionales y promover prácticas integradas que construyan una cultura del trabajo en equipo. Las experiencias que tengan los estudiantes de trabajos grupales, ya sea en producciones de aula o en prácticas en terreno contribuirán a la formación para su futuro trabajo. Por ello, el diálogo, la argumentación,

la defensa de ideas, la capacidad de escucha y el respeto por las ideas del otro son esenciales. En otro plano, algunas actividades realizadas por los profesionales o los estudiantes en las prácticas en terreno favorecen la integración a un equipo de salud. Un ejemplo de ello es el registro en la historia clínica; más allá de la importancia técnica y metodológica, como producto social simbólico construye integración y pertenencia, así como otorga identidad profesional.

En las entrevistas en profundidad se identificaron dos grandes categorías que permitieron comprender las relaciones ya descritas en algunas características referidas a la comunicación en el estudio cuantitativo. Una de ellas es la necesidad de pertenencia que tienen los estudiantes a los grupos establecidos en los contextos de práctica y la otra es a la jerarquía que toma el equipo de salud como un modelo ideal/idealizado de trabajo profesional. En relación a esta última, vinculada al desempeño del Licenciado en Nutrición los estudiantes describen un trabajo en equipo multidisciplinario como modelo de trabajo sin ideas contrapuestas en sus integrantes, donde el profesional debería tener una postura proactiva y al médico se le asigna el rol decisor. Por otra parte, la necesidad de pertenencia a la institución está relacionada con la acogida y el tratamiento del personal de enfermería. Esta situación refuerza la idea de la distancia que toma la práctica estudiantil con los futuros colegas, porque se comunicaron menos según resultados de la encuesta y en las entrevistas el personal mencionado como continentador fue el de enfermería.

En los discursos de los estudiantes entrevistados no se advierte que el plan de práctica favoreciera la integración de los estudiantes a los equipos profesionales o sus colegas. Además, la debilidad en la comunicación con nutricionistas probablemente perjudicó la formación de un modelo con el cual identificarse limitando en el futuro la construcción colectiva con sus pares. Para el logro de estos objetivos educativos quizá sea importante incluir otras ciencias de corte social, que ayuden a la formación de las habilidades requeridas en la coordinación, constitución, administración de grupos, fomento del análisis de las implicaciones valorativas del ejercicio de las profesiones y la humanización los problemas prácticos (Tenti y Gómez, 1989: 53). Algunas referencias se reflejan en los siguientes segmentos de entrevistas.

me gustó desde la entrada, como el recibimiento, me sentí cómoda, sentí que te daban tu lugar, me relacioné enseguida con el equipo. (e2p1 satisfacción por aceptación)

Pienso, lo que pasa que depende de la relación que tengas con el equipo, si tú tienes una relación buena, que el médico apoya tus ideas y hay una buena relación y hay buena comunicación pienso que no van a haber dificultades y que vamos a estar todos de acuerdo en como resolver el caso, ya cuando hay contradicciones y el médico plantea una cosa y se queda firme con eso y el enfermero hace otra entonces cuando no hay coordinación, ahí puede plantearse como dificultad, porque yo voy a plantearme una dieta supóngase, hiposódica y el médico viene y me dice que en realidad no es necesario o la prescripción que hace es diferente, pienso que habrán dificultades si no hay trabajo en equipo, pienso que no van a haber dificultades, si hay trabajo en equipo. (e5p24 roles atribuidos al miembros del equipo, modelo de trabajo en equipo)

Sin embargo, existen otras percepciones de los estudiantes que refieren su frustración como futuros profesionales frente al equipo del hospital, al médico, a los nutricionistas y cómo estos manejaban la autoridad y distribuían las responsabilidades dejando claro el rol marginal del estudiante. Los siguientes ejemplos muestran estos aspectos:

no participamos dentro de una historia clínica donde a veces es totalmente fundamental, está hecho por el médico, pero no por nosotros y nosotros le podemos dar la opinión y él es el que escribe, entonces me parece que no se valora al nutricionista en ese sentido, que hay patologías donde está capaz una persona, un médico y lo puede también, pero hay patologías que si no lo hacemos nosotros pueden llegar a hacer cosas que (e7p12 ausencia de actividad calificante-atribuciones profesionales comunes entre profesionales)

el médico no le hizo caso siguió con la misma prescripción dietética (e4p7 falta de reconocimiento profesional)

O sea que me dio la impresión que vos estás ahí para imponer algo porque tu paciente tiene algo y vos respetás todos los criterios, hacés una dieta... y llegar y que venga una persona y que diga “¿Qué querés repetir de esto? ¿querés un pedazo de chu-

rrasco? ¿querés puré?” no se guiaban por lo que decía (la planilla), o sea ahí me sentí como que nosotros no valíamos para nada (e7p5 pérdida de autoridad-desvalorización del profesional)

Si los pacientes pedían y el tisanero le daba lo que el paciente pedía, entonces como que no se respetaba el tema de la dieta (e6p18 incumplimiento de indicación profesional)

Las manifestaciones estudiantiles reflejan lo que Kaes (1989, citado por Andreozzi, 1998: 37) llama la “pérdida de ilusión”. Este autor plantea que uno de los orígenes de la desilusión son los desacuerdos existentes entre el modelo profesional, conforme a pautas, principios, creencias y valores transmitidos que hacen que la experiencia concreta actúe como fuente de tensión. El estudiante muestra pérdida de autoestima y conmoción afectiva frente a un desempeño restringido según sus expectativas y percibe rivalidades para ocupar posiciones estratégicas de poder observadas a través de las atribuciones en las actividades de los profesionales. La participación del estudiante en esta trama induce a actuar conforme a pautas o modelos de relación que condicionan el desarrollo de lo que Mendel (1996, citado por Andreozzi, 1998: 40) denomina la “psicosocialidad” o el despliegue del “yo social”. Estos autores advierten que esta relación de poderes está influida por lo que el profesional transmite desde su estilo de desempeño. La valoración realizada por los estudiantes confirma que la formación disciplinar siempre supone la reivindicación del dominio de un corpus de normas y saberes explícitos que se expresan en el plan de estudios. Estas normas y saberes constituyen el fundamento de la autoridad científico-profesional. Sin embargo, no es posible separar la habilidad para resolver ciertos problemas del poder simbólico, o sea, la autoridad como efecto de representación social. En las entrevistas se ve claramente cómo el título académico garantiza o debería garantizar la realización de ciertas competencias específicas, pero estas en el desempeño podrían estar desprovistas de la autoridad necesaria para constituirse en competencias legítimas (Silman, 1972, citado por Tenti y Gómez, 1989: 34). Todos estos elementos pretextan la construcción de dispositivos educativos que habiliten la reflexión y discusión de estos temas y que permitan al estudiante posicionarse como actor en un espacio real de desempeño.

4.4.3 El tiempo

La duración del curso, particularmente, de la práctica y el tiempo del aprendizaje fueron incluidos por los estudiantes en sus discursos. Con respecto a lo primero los estudiantes hicieron hincapié en que fue insuficiente. Esto se presentó, incluso, como una demanda explícita al cuerpo docente. Para comprender este requerimiento se debe considerar cómo ha sido la formación de estos estudiantes ya que el tiempo requerido para la enseñanza y el aprendizaje también se vincula con la concepción de enseñanza que circula.

El plan de estudios de la licenciatura parece remitir a un “currículum de colección”, como lo califica Bernstein (citado por da Cunha, 1996: 30-31), donde se ordenan los contenidos en estructuras bastante cerradas, con fronteras y encasillamiento de las diferentes disciplinas que lo conforman. En la formación universitaria tradicional el currículum comienza con el aprendizaje de las ciencias básicas, sigue con los componentes más aplicados y culmina con las experiencias prácticas. Con esta lógica: teoría y práctica, ciencias básicas y clínicas, salud y enfermedad, el currículum propone espacios compartimentados de enseñanza y de aprendizaje.

El actual plan de estudios ubica la nutrición básica en ciclos anteriores al de nutrición clínica y la salud y la enfermedad aparecen como entidades independientes. Ese orden impacta en el modo de enseñar, aprender y entender la nutrición. La nutrición clínica desde esta concepción pasa a ser una disciplina nueva cuyo enfoque, probablemente, no permite que se capitalicen los conocimientos previos de nutrición básica y del ciclo vital. Asimismo, parece existir una insuficiente articulación en el curso de nutrición en el ciclo vital de los conceptos de la salud - enfermedad, como un continuo.

En relación con el tiempo, los estudiantes proponen optimizarlo a través de una diferente organización y de la incorporación de otras experiencias de aprendizaje. Las estrategias pasarían por sustituir las reuniones con los docentes —ateneos con presentación de casos clínicos— por prácticas en servicios de salud donde se requiera realizar atención nutricional individual ya que, según ellos, esto es un déficit en la formación. Otras sugerencias están relacionadas con el desarro-

llo del programa: agrupar un conjunto de patologías, abordarlas en simultáneo en el curso teórico y en el centro hospitalario, evitar trabajar simultáneamente en el curso teórico y en la práctica hospitalaria patologías que requieren muy diversos enfoques terapéuticos. En cuanto al tiempo de aprendizaje es claro que la comprensión de lo que se aprende trasciende a los cursos, por eso, es importante capitalizar lo que el estudiante trae como bagaje. El tiempo es referido por los estudiantes en algunos de los siguientes segmentos:

y que fuese mas clínica como más extenso, la parte de hospital, me parece...(e2p5 insuficiente duración del curso)

Faltó mas tiempo.... Me parece que es una cosa que decíamos, clínica es una materia que es una lástima que dure un semestre sólo, como que capaz que tenía que durar un año entero y ahí complementarlo.(e6p11 insuficiente duración del curso)

...yo entiendo que clínica está comprimido, muy comprimido.... (e4p6 tiempo de aprendizaje)

Otro eje de análisis vinculado al tiempo, manifestado por los estudiantes en las entrevistas fue el desfase entre los tiempos de aprendizaje y los tiempos reales de asistencia. La planificación de la alimentación que debería realizar el estudiante, consideró la situación clínica desde el momento en que el paciente fue captado por éste, no necesariamente coincidente con el ingreso del paciente a la unidad de hospitalización. Los cortos períodos de internación hacían que los tiempos de aprendizaje se desfasaran con los tiempos de hospitalización. Esto provocó, según el relato de los estudiantes, falta de sincronización entre el diagnóstico realizado, la planificación del tratamiento —que no ejecutaría— y la evolución del paciente.

4.5 La práctica hospitalaria como dispositivo de enseñanza situada

Según Andreozzi (2000: 41) la habilitación para el ejercicio de la profesión no es suficiente para acreditar su idoneidad. Este problema es una deuda de la enseñanza que se traduce en la dificultad de los profesionales para operar en una realidad que muchas veces desco-

nocen. Las prácticas en terreno constituyen una experiencia matriz de aprendizajes práctico-profesionales, socio-institucionales y de orden personal que dejan una marca en el estudiante. El conocimiento desarraigado de la sociedad que lo produce es una consecuencia del positivismo en los currículos profesionales, cuya organización fue de lo general a lo particular, de lo teórico a lo práctico, de lo básico al ciclo profesional y desde una postura donde el estudiante necesita dominar la teoría para luego entender la práctica y la realidad (da Cunha, 1996: 28). A nivel de la enseñanza superior, la comprensión de este problema altera la forma de concebir las prácticas tradicionales de enseñanza y aprendizaje e incluso la definición del currículo porque modifica la perspectiva epistemológica de la producción del conocimiento.

La enseñanza de nivel superior tiende a tratar a todas las disciplinas como teóricas y a reservar los momentos de las prácticas para la aplicación de aquello que ya se ha trabajado teóricamente. Esquemáticamente, se considera que la práctica comienza donde termina el conocimiento teórico y, como consecuencia, que la práctica no puede conducir a reflexiones que permitan generar la teoría. Enfrentada a esta concepción está la postura dialéctica, que entiende que la teoría y la práctica aunque difieren entre sí se complementan e interactúan de manera interdependiente, como dos fases o momentos de la construcción del conocimiento. En este encuadre la noción de *praxis* lleva a superar los momentos antinómicos de la teoría y la práctica (Lucarelli, 2007: 13). En este sentido, conviene realizar la distinción entre la *praxis* repetitiva y la inventiva. Heller (1977 citada por Lucarelli, 2007: 14) afirma que mientras la primera implica la repetición de esquemas prácticos desarrollados por generaciones anteriores, la inventiva incluye siempre la producción de algo nuevo, a través de la resolución intencional de un problema de índole práctico o teórico. Por una parte, esta *praxis* evita correr el riesgo de la rigidez en las acciones pero, por otra parte, la *praxis* repetitiva que surge de generalizaciones permite hacer las cosas en forma rápida y precisa.

Las relaciones complejas entre las personas y el mundo necesita una teoría del aprendizaje diferente, que permita dar cuenta de estas interrelaciones y cruces y pasar de una enseñanza tradicional a una innovadora. La *teoría de la enseñanza situada* brinda una perspectiva di-

ferente del aprendizaje y el contexto, ya que destaca el hecho de que el conocimiento siempre se construye y se transforma al ser usado. En tanto el aprendizaje es parte integrante de la actividad en y con el mundo, por eso, lo que se aprende siempre es complejamente problemático; el conocimiento siempre requiere reconceptualización como producto cultural y social (Chaiklin y Lave, 2001: 20). La enseñanza situada parte de la premisa que el conocimiento es situado ya que es parte y producto de la actividad, el contexto y la cultura en que se desarrolla y utiliza. Esto significa que se aleja de prácticas educativas en las que se asume que el conocimiento puede abstraerse de las situaciones en las que se aprende y emplea. La crítica a la enseñanza tradicional radica fundamentalmente en que los aprendizajes son poco significativos, carentes de sentido y aplicabilidad si no están contextualizados y que los estudiantes no tienen capacidad para transferir y generalizar lo que aprenden. Por el contrario, desde la enseñanza situada se promueve la realización de prácticas educativas donde el estudiante participa en actividades de relevancia cultural y se involucra en actividades similares a las que enfrentan los profesionales. Así, los estudiantes novatos se apropian de prácticas y herramientas culturales y comprenden las condiciones sociales e institucionales a través de la interacción con miembros más experimentados. Por esta razón, son importantes la mediación y la ayuda ajustada a las necesidades del alumno y del contexto, así como estrategias que promuevan un aprendizaje colaborativo y recíproco con profesionales, profesores y pares. El conocimiento situado debe comprenderse como un proceso multidimensional de apropiación cultural, ya que se trata de una experiencia que involucra el pensamiento, la afectividad y la acción (Baquero, 2002 citado por Díaz Barriga, 2003: 4). A través de un aprendizaje significativo, se trasciende la repetición memorística de contenidos inconexos y se logra construir significado, dar sentido a lo aprendido y entender su ámbito de aplicación. Las prácticas en terreno son un espacio de enseñanza-aprendizaje que forman, en la medida de lo posible, a un estudiantes en un contexto profesional real en el que debe: aplicar y transferir el conocimiento, desarrollar habilidades, dar sentido al quehacer profesional, manejar situaciones sociales y contribuir con la comunidad, vincular el pensamiento con la acción, reflexionar acerca de valores y cuestiones éticas situados en un contexto.

Desde este marco se presenta a continuación la discusión que surge de los resultados de los estudio cualitativo y cuantitativo respecto a la valoración de la práctica hospitalaria como enseñanza situada. Para ello, se agrupan por un lado, aquellos aspectos que se relacionan con la práctica hospitalaria como espacio para enseñar y aprender el PANC. En esta sección se identifican según los estudiantes, los elementos diferenciales de la práctica hospitalaria como metodología, la comprensión y la práctica reflexiva, trascendiendo las rutinas en las actividades como fortaleza de la enseñanza situada; la concepción de enseñanza estudiantil más apegada a la lógica tradicional de la relación teoría-práctica, y por último, la distancia entre las acciones del estudiantes en el proceso de atención a pacientes y la asistencia real del centro hospitalario.

En la segunda sección se analiza el impacto afectivo de la práctica hospitalaria como experiencia inédita en un nivel avanzado de la carrera, los sentimientos que se generan en los vínculos con los pacientes y la ética como función vincular.

4.5.1 La práctica hospitalaria: un espacio de enseñanza y aprendizaje del PANC

Se advierte en las entrevistas que los estudiantes le asignan a la práctica hospitalaria un papel diferencial en el aprendizaje; identifican: el valor experiencial, el conocimiento contextualizado, la reconocen en la enseñanza con un rol integral tanto técnica, como humana. La práctica les demandó integrar diversas disciplinas relativas a la nutrición y alimentación simultáneamente. Es interesante marcar que el estudiante percibe que la nutrición clínica es una ciencia interdisciplinar, sin advertir que es el conocimiento situado, como sucede en un contexto real o simulado, el requiere de un abordaje interdisciplinar para su comprensión y abordaje. Esta opinión probablemente se fundamenta en la debilidad previa de prácticas en terreno como se percibe con mucha fuerza desde los discursos.

Destacan que a partir de la práctica pudieron generar capacidades de orden superior que no podrían haber alcanzado de otra forma, por ejemplo, la habilidad de comunicarse con el paciente; al respecto, manifiestan que la entrevista con el paciente les permitió autoevaluarse.

Otro tipo de capacidad es la referida al “saber hacer”, expresada como conocimiento en acción. Sin embargo, también mencionan que esto fue una debilidad de la práctica del curso, por no haber abordado algunas patologías.

Los estudiantes aluden a varios elementos que permiten pensar que la práctica contribuyó activamente a la comprensión del quehacer desde los diferentes dispositivos de enseñanza del curso. Identificaron que la práctica los habilitó a pensar sobre hechos, aplicación de técnicas, métodos o procedimientos. Por ejemplo, uno de ellos rescató que el valor de un indicador antropométrico *per se* no debe ser considerado como elemento único para la valoración nutricional del paciente y que para planificar el tratamiento es necesario distinguir, como dos elementos enfrentados, la necesidad nutricional del paciente, de la posibilidad de vehicular el plan en términos de volumen de alimentos ingeridos. Se percibe entonces, que dentro de las diversas experiencias del curso Nutrición Clínica los docentes propusieron al estudiante una forma de pensar que trascendió las rutinas. Esto permitió evitar o disminuir deficiencias en el aprendizaje, como el conocimiento inerte, ingenuo y ritual.

Las prácticas más elementales, como la valoración antropométrica, son las que necesitan un pensamiento estratégico y activo. El aprendizaje es una consecuencia del pensamiento, y las situaciones en la práctica demandan una interacción donde “pensar” contribuye a la elaboración de juicios para la selección entre acciones posibles. Según Perkins (2001: 32) el conocimiento inerte es la incapacidad de usar los conocimientos en situaciones que admiten más de una respuesta. Como vimos, el manejo de la incertidumbre es un elemento importante a considerar en la formación. La experiencia en contextos reales incorpora inexorablemente este aspecto. Expresiones de los estudiantes, como “no ir siempre a lo ideal” y “adecuarse a la situación total del paciente” advierten sobre la importancia que ha tenido la experiencia en la contextualización del conocimiento y promoción de pensamientos reflexivos de orden superior, que habilitan la comprensión. Otro aspecto interesante fue el abordaje de múltiples situaciones clínicas en simultáneo, al igual que se vio en el análisis del estudio cuantitativo. Las siguientes citas ejemplifican lo expresado:

...por lo menos tener un pantallazo de la patología, ... y más o menos orientarte o más o menos saber dónde ir a buscar después, para eso sirve, sirve un montón. (e1p10 función de la teoría)

aunque te incentivaba más ir a buscarlo porque no lo habías dado, como que lo aprendías el doble, pero como que te da más confianza, (e2p5 motivación-aprendizaje)

pensar en el paciente que tiene tal cosa es diferente a tenerlo enfrente (e5p7 valor del aprendizaje en contexto real)

o sea como que te abre un poco más la mente, eso fue lo que me gustó más, el contacto (e6p3 papel de la práctica- gusto por interacción personal)

Me gustó saber el lado de ellos, conocer el lado de ellos ... que ellos lo digan, no es lo mismo que uno sepa a que venga la persona y te diga la situación mismo que está pasando, que no tiene acceso a comprarse estos alimentos, entonces uno tiene que enfocarse a ciertas cosas (e6p3 contextualización del aprendizaje desde la práctica)

cuando estamos en las partes teóricas, siempre hacíamos, claro todo teórico, veíamos a cada paciente, y veía todo teórico así... y a veces vos tenias otro tipo de consideraciones que te da solo tener el paciente adelante (e1p2 valor insustituible del contexto real)

Aparte es una materia que es la más importante de la carrera, clínica es una materia que es la base de todo, están todas las materias relacionadas que viste años anteriores que tenés que refrescar conocimientos y además tenés que incorporar nuevos (e5p5 interdisciplinariedad en la disciplina)

A pesar de estos elementos favorables a una práctica de enseñanza situada, reconocida en el aprendizaje, la concepción de enseñanza que tienen los estudiantes del curso de Nutrición Clínica, responde a la lógica tradicional, donde lo primero que se enseña es la teoría y luego la práctica. Se puede ver cuando estos afirman que necesitan dominar la teoría para luego entender la práctica y la realidad. Desde esta concepción de la enseñanza la práctica se coloca en el vértice final de la formación y el estudiante no hace una lectura de la práctica como punto de partida para la construcción de lo que algunos autores

denominan “la duda epistemológica”. Probablemente, la influencia del currículum en acción contribuyó a que el estudiante concibiera la teoría y la práctica desde una relación más instrumental que dialéctica (no se propicia que práctica y teoría originen en conjunto reflexiones enriquecidas). Este aspecto se tradujo a nivel curricular en una metodología que pretendió promover el desarrollo de capacidades y actitudes. Como expresan Tenti y Gómez (1989: 54) la enseñanza debe tender a manejar problemas sin solución conocida o encontrar nuevas y mejores soluciones a viejos problemas. Esto remite a la existencia de un espacio de aprendizaje de educación para la incertidumbre. Sin embargo, los estudiantes no lo valoraron positivamente. Es probable que la metodología propuesta por los docentes hubiera tenido mejor acogida por los estudiantes si hubieran sentido —según refieren en las entrevistas— al docente más cerca de ellos en el espacio de práctica, que los guiara sobre acciones posibles, que lograra movilizar los conocimientos alcanzados desde las lecturas recomendadas y también que promoviera una reflexión sobre acciones pasadas. Esto último hubiera permitido, como expresa Piaget (1968, citado por Lucarelli, 2007: 14), capitalizar las experiencias y el aprendizaje en otros momentos de la formación al asimilar la realidad a las estructuras mentales; transformarla y captar los mecanismos de su transformación.

Los argumentos a favor de disponer de la teoría previa a la práctica responden según los estudiantes a la necesidad de comprender los problemas clínicos, satisfacer adecuadamente a las demandas de la práctica en la interacción con los pacientes y, consecuentemente, a la resolución del plan de tratamiento. Frente a los motivos expuestos, también hay que pensar que aunque la práctica no debería ser concebida como la aplicación de la teoría, no se trata tampoco de invertir el modelo reivindicando la primacía de la práctica ni de desarrollar experiencias donde los estudiantes no tengan adecuada orientación teórico-metodológica. Además, hay que considerar que no hay práctica sin teoría, pues toda práctica viene precedida de una concepción teórica. Probablemente el problema deba resolverse si se integran los aprendizajes de los cursos previos, con las exigencias de la propia práctica.

Algunos estudiantes plantearon la posibilidad de la simultaneidad en las temáticas a través de la creación de módulos comprendidos por

teóricos, prácticos de cálculo y práctica hospitalaria. Sin embargo, y a pesar de las dificultades planteadas, la propuesta metodológica parece haber sido un desafío para algunos estudiantes, ya que les otorgó confianza, los obligó a probarse, constituyó, una motivación y los estimuló a redoblar esfuerzos. A partir de ella percibieron que obtuvieron mejores logros en términos de aprendizaje.

Otros elementos que marcan debilidades para la promoción de una práctica situada lo revela el estudio cuantitativo en el cuadro 6. Un primer elemento, se relaciona con el abordaje del tratamiento de los pacientes, donde importante proporción de estudiantes indicaron no emplear las guías de consumo y planes de menú hospitalarios, ambos aspectos vinculados a la planificación de la alimentación. Esto supone que el estudiante no utilizó las guías de consumo modélicas que los profesionales del Departamento de Nutrición hospitalario tienen elaboradas para asistir los pacientes sobre las que luego realizan los ajustes individuales. Por lo tanto, quedó trunco el aprendizaje de estas herramientas propias de la asistencia nutricional hospitalaria, lo que dificulta que el estudiante se aproxime al concepto de “atención individualizada” en una asistencia hospitalaria, que dista de un enfoque de asistencia alimentaria distinta para cada paciente. Este aspecto es crítico para limitar la desilusión en la práctica profesional ya que ahí debe adaptar el requerimiento nutricional individual a las pautas de tratamiento nutricional del hospital; las mismas responden a necesidades clínico-nutricionales similares pero no idénticas a las que requiere cada uno de los pacientes.

Un segundo aspecto que distanció la práctica del estudiante con la asistencia del paciente en el hospital fue el desconocimiento de la documentación para solicitar la alimentación indicada a cada paciente, lo que puede traer dificultades para comprender el proceso asistencial en forma integral.

Además de lo ya expresado, un nuevo elemento que permitió valorar la práctica como enseñanza situada fue la aproximación del estudiante a actividades de corte técnico que lo insertaran en el proceso de asistencia real del paciente. Como se advirtió en los resultados del estudio cuantitativo y se revelan también en las entrevistas, la planificación del tratamiento nutricional se inscribió en dos circunstancias

diferentes en relación con la situación clínica del paciente: la intrahospitalaria y la ambulatoria (el paciente ya en su domicilio). Esto trajo aspectos positivos para la enseñanza, ya que colocó al estudiante en el ejercicio de operar con conocimientos en contextos biológicos y sociales diferentes. Si bien es claro que la atención domiciliaria requiere trabajar con supuestos respecto a la evolución de la enfermedad, ambas circunstancias estuvieron marcadas por una condición de —hacer como si lo asistiera— tal como lo manifiestan los estudiantes, o sea, se distanciaron del campo real de asistencia hospitalaria. El estudiante toma de la realidad toda la información requerida para el diagnóstico clínico-nutricional; y ejercita el plan de tratamiento que no se condice con la gestión hospitalaria. En esta situación, el estudiante no realiza en términos reales la asistencia alimentaria al paciente; y su planificación no tiene repercusión en el tratamiento del paciente. Si bien esto puede evitar algún menoscabo al paciente en su asistencia, igualmente se podrían recoger algunos elementos del contexto institucional e incorporarlos en el ejercicio. En el relato de los estudiantes se vislumbró que la planificación de la alimentación para un colectivo de pacientes no fue experimentado ni observado a través del accionar del nutricionista; por lo tanto, no se conoció cómo se realiza la asistencia nutricional tal cual se debe abordar en el desempeño profesional.

El control de la evolución o monitoreo, tampoco fue incorporado a la práctica real de acuerdo a la información del estudio cuantitativo; cuando sucedió, fue más debido al compromiso afectivo del estudiante con el paciente con el que habían tomado contacto y no como una revisión de los resultados asistenciales. De esta forma, la práctica como espacio de formación podría tener la debilidad de no transmitir el valor del monitoreo en el proceso de atención. Si bien el tipo de información recogida en el monitoreo puede ser la misma que en la etapa inicial (información que permite formular hipótesis y conformar el diagnóstico inicial), en el monitoreo hay que seleccionar la información más pertinente y la fuente más confiable según lo que importe controlar. La expresión “te queda esa inquietud de hacerlo”, indica que el estudiante consideró necesario y posible realizar algunas intervenciones vinculadas al tratamiento nutricional con un nivel de ejecución real. Desde el punto de vista del aprendizaje, las oportunidades de in-

tervención del estudiante negadas pudieron limitar el desarrollo de algunas competencias, así como el nivel de comprensión del proceso de atención. La contradicción que plantean las expresiones vertidas por los estudiantes “no es una de las prácticas directamente, pero teóricamente lo llevas en ese sentido” o “en la práctica yo no lo pude hacer, porque era todo teórico”, son ejemplos claros del límite entre la práctica real y los ejercicios prácticos planteados en el plan de trabajo instrumentado por los docentes.

Los siguientes segmentos de entrevistas dejan de manifiesto lo expresado.

fue muy buena, me enriqueció mucho porque claro, al llevar a la práctica montón de cosas que uno fue viendo durante muchos años, digo... este... no es una de las prácticas directamente, pero teóricamente lo llevás en ese sentido, digo, aterrizar un poco más, de esa manera (e1p1 práctica teórica)

en la práctica hoy yo no lo puede hacer, porque era todo teórico y más que a veces hacer una cosa puntual y de repente con la ayuda del paciente ibas alguna indicación, pero nosotros en sí nosotros no lo hicimos, te queda la inquietud de hacerlo (e1p12 práctica teórica)

nosotros como hacíamos, teníamos que hacer resolución ambos casos, de tanto alta le preguntamos, un poco hincapié en la alimentación de la casa o que te dejaba esa inquietud de darle indicaciones (e1p13 ejercicio de resolución contexto supuesto; interés de ejecución)

4.5.2 El impacto afectivo de la práctica

El impacto afectivo muestra también qué elementos del contexto hospitalario fueron significativos en la experiencia. En las entrevistas se distinguió un grupo de argumentos de fuerte componente emotivo vinculados al choque del pasaje del aula al hospital como espacio de enseñanza y aprendizaje. La práctica hospitalaria se revela como una experiencia inédita donde aparecen claras menciones a la inexperiencia con la que llegaron a este nivel del plan de estudios, particularmente en el ámbito hospitalario, al que refieren como “otro mundo”.

Allí las escenas y los actores resultaron ser desconocidos. Como se manifestó en la sección 4.4.3 en el Plan de Estudios la normalidad y la enfermedad se organizan como entidades independientes y esto compromete probablemente la iniciación en el estudio de la nutrición en la enfermedad lo que podría explicar por qué en un nivel avanzado de la carrera expresan tomar contacto por primera vez con el mundo real en un hospital.

La práctica marca un espacio que les permite a los estudiantes proyectarse como profesionales y orientarlos en la elección del desempeño futuro; además aparecen con fuerza sentimientos generados en la interacción con los pacientes como eje central de las relaciones interpersonales: empatía, sufrimiento y dolor.

El abordaje clínico-nutricional en la atención de los pacientes desde el rol profesional, aún como estudiante, parece concebirse siempre integralmente. Se observa que el valor ético orienta las tareas y les da sentido; esto conduce a la formación de un profesional que puede anteponer los intereses del paciente a los propios. Asimismo, se comprueba que las prácticas en terreno contribuyen a la motivación para el aprendizaje; potencializan las etapas futuras de formación y le dan sentido al aprendizaje. La orientación hacia el servicio (concebido este como el uso de los saberes en beneficio de otros) (Tenti y Gomez, 1989: 24) es una de las características que distingue a un profesional. El servicio en este caso implica: las habilidades de diagnóstico e intervención específicas para el paciente; ser reparador frente al otro y/o ayudar a disminuir el sufrimiento; mejorar la calidad de vida y tratar afecciones. Todos estos son significados que aparecen en el servicio de salud como proyección del quehacer profesional.

La práctica hospitalaria facilitó el despliegue de los componentes imaginarios comprometidos en la relación directa con el paciente. Se advierte la necesidad de que en el marco del curso Nutrición Clínica se faciliten encuadres de formación que habiliten a una reflexión sobre estos imaginarios. Explorar y reflexionar acerca de los deseos y temores vinculados a la cura o reparación del estado de salud perdido. Estos aspectos de por sí legitiman plenamente las expectativas del estudiante respecto a que el docente lo acompañe en el proceso de formación, donde, como se vio, se involucraron otros componentes que trascen-

dieron las capacidades técnicas. Algunas de estas categorías se reflejan en las siguientes citas:

a mí la práctica me gustó, era lo que yo siempre quise hasta ahora, en la carrera de nutrición era llegar a ese momento, a ver qué, cómo era, (e6p1 motivación y gusto por el vínculo directo con el paciente)

como que el primer día, la verdad vine, este emocionalmente me compungió, me afectó mucho, ... me decía ¿qué hacer?, (e1p3 impacto afectivo con el enfermo y la enfermedad)

... llegamos días que había dos, tres pacientes en sala y antes eran salas de catorce igual doce, catorce, entonces llegábamos y las compañeras lo habían agarrado antes y ya le habían hecho entrevista y como que nosotras nos sentíamos media mal de ir a la media hora y hacerle todo de nuevo ... (e6p6 respecto por el paciente-empatía)

5. Principales conclusiones y recomendaciones de la investigación

Los conocimientos aplicados y la diversidad de técnicas, métodos y procedimientos utilizados en la investigación fueron satisfactorios para analizar las características de los estudiantes de nutrición en una práctica avanzada en clínica hospitalaria. Las variables del estudio cuantitativo alcanzaron un alto nivel de adecuación. Sin embargo, debido a la inexperiencia previa de los estudiantes y su desvinculación de la formación en el trabajo hospitalario se estima que las competencias podrían estar en un nivel inferior al esperado en un estudiante de nivel avanzado. Esto se manifiesta, por ejemplo, en el rol predominantemente pasivo en la comunicación, tanto con pacientes como con el resto de miembros del equipo de salud. Otro elemento es la relación establecida entre el plan de prácticas y la asistencia de los pacientes en el hospital, que limitó las posibilidades de desarrollar posturas argumentativas respecto al diagnóstico nutricional y orientaciones al tratamiento del paciente. Esto se debió a que la mayoría de los estudiantes desconocía el contexto hospitalario en el que se estaba trabajando.

El análisis de las entrevistas permitió, a su vez, identificar indicios de una práctica reflexiva: “no ir siempre a lo ideal” como manifiesta uno de los estudiantes o la necesidad de un abordaje integral y no invasivo (por ejemplo, no repetir entrevistas ya realizadas a los pacientes), donde se alcanza la dimensión ética. En relación a la formación los estudiantes lograron un nivel de autonomía a partir de dispositivos metodológicos de autoformación, conformando grupos espontáneos de discusión y consulta entre pares. No obstante, también se aprecian limitantes para el desarrollo de competencias en nutrición clínica en el ámbito hospitalario resultado de la baja interacción con el proceso

de atención nutricional real del paciente, más planificado como un ejercicio que recoge componentes reales y distanciados de la asistencia nutricional hospitalaria. Por esta razón, hubo una muy baja mención de algunas actividades que posibilitarían el desarrollo de competencias en el contexto real como ser: la comunicación con los pacientes en la fase de ejecución del tratamiento y la flexibilidad en los objetivos nutricionales según su evolución. Todos estos elementos son importantes para la formación de competencias en la dimensión procesal, ya que requiere revisar lo actuado, plantearse nuevas hipótesis y replanificar. En último término, se menciona la restricción en la generación de capacidades de dimensión técnica y humanística en juego en la interacción con miembros del equipo de salud y futuros colegas, que se visibiliza en la baja prevalencia de estudiantes que se interrelacionaron con el licenciado en nutrición, los motivos de la comunicación predominantes vinculados a la búsqueda de información en lugar de devolución de diagnóstico nutricional u orientación terapéutica a pacientes, o la escasa coordinación con el equipo de salud para realizar ajustes a la prescripción del paciente según la valoración nutricional realizada.

Los resultados de la investigación también manifiestan la división y distancia curricular existente en el plan de estudios entre las disciplinas nutrición básica y nutrición clínica. Estas disciplinas están concebidas como separadas, aún cuando poseen núcleos comunes como ser las necesidades nutricionales, el estado fisiológico y el de salud de los individuos. En este sentido, el hospital podría haber sido un espacio también para la enseñanza de la nutrición básica, realizando un camino inverso al propuesto en el plan de estudios (primero aprender la nutrición en situación de "salud" y luego la específica para la "enfermedad"). Ese camino al revés, plantearía reconocer los desvíos nutricionales que pudieron haber contribuido a la aparición de la enfermedad; para ello, se requeriría identificar las necesidades nutricionales de ese individuo sano. Ese modo de aprender el fenómeno salud/enfermedad no estuvo presente en la medida que los estudiantes marcaron en las entrevistas la falta de experiencias previas y, por otro lado la ausencia de desarrollo de competencias que podrían haberse ido incorporando en el curso de Nutrición básica o en el taller de valoración del estado nutricional (en entrevistas a pacientes, diagnósticos nutricionales, orientaciones básicas al paciente, etc).

Los niveles de ejecución del PANC, según los resultados de esta investigación, parecen restringirse a lo enseñado exclusivamente en el curso de Nutrición clínica. Esto conllevaría la necesidad de integrar el estudio de la nutrición humana y superar la división enseñanza básica-clínica, así como el binomio salud/enfermedad. Esta integración contribuiría a potencializar los conocimientos que hoy están disgregados y que atentan contra lo que significa comprender la nutrición humana como disciplina. De esta forma, se optimizaría el tiempo, se facilitaría la aplicación de dispositivos educativos tanto para los sanos como para los enfermos y se promovería otra forma de comprensión de estas dimensiones en la práctica clínica.

Los resultados indican que las experiencias de aprendizaje en contextos reales son débiles, particularmente, en el hospital. Esto muestra que los conocimientos adquiridos no han sido probablemente comprendidos en las dimensiones del saber hacer y saber ser del licenciado en nutrición, con el agravante que estamos frente a estudiantes en un nivel avanzado de la carrera. Por lo tanto, se sugiere valorar la progresión de las competencias en dos niveles: a nivel del currículum y a nivel de cada curso en el que se desarrollen las prácticas de campo. A nivel del currículum se debería estimular la realización de prácticas en terreno tempranas y graduar las experiencias en el desarrollo de competencias según el nivel de la carrera y proponer actividades entre pares estudiantiles de diferente nivel en la carrera que promueven el autoaprendizaje y la autoevaluación. Las experiencias previas, secuenciadas en complejidad e integralidad, pueden reducir el impacto afectivo que expresaron los estudiantes en la investigación, producto del shock de sentirse en un espacio que no conocían; además de desarrollar competencias restringidas propias de estudiantes de niveles iniciales, que aún con esta consideración, a juicio de los estudiantes, hubiera requerido mayor acompañamiento de los docentes *in situ*.

La práctica hospitalaria del curso Nutrición Clínica limitó el desarrollo de algunas competencias, que podrían plantearse en las etapas finales del mismo como, por ejemplo, la devolución del diagnóstico nutricional a los pacientes, la entrega de orientaciones básicas del tratamiento o planificación de la alimentación de los pacientes según pautas de la asistencia alimentaria disponible en el hospital o la reali-

zación de una conexión entre la práctica estudiantil y la asistencia con elementos de la asistencia real.

A nivel de los cursos con prácticas en terreno se deben valorar diversos momentos: inicio, transcurso y final, que como hitos marcan una mayor complejidad e integralidad en la enseñanza y el aprendizaje, recogiendo aprendizajes previos, ya que muchas competencias deberían desarrollarse durante la carrera, más como un proceso que como un fin. Por último, los resultados proponen reflexionar sobre los estilos de desempeño docente y el papel de los profesionales en terreno ya que juegan un papel importante en establecer relaciones significativas entre los conocimientos, la construcción del pensamiento práctico y el desarrollo de una práctica reflexiva en el desempeño profesional. Los estudiantes indican claramente el perfil de docente demandado en la práctica hospitalaria, distante del percibido en la experiencia. Esta distancia tal vez esté en relación con los niveles de autonomía que los docentes pretenden de los estudiantes en un curso avanzado y que son valorados por los estudiantes como espacios de “incertidumbre” y “soledad” o simplemente son productos de las débiles experiencias previas en donde se fue preparando el estudiante. También los estudiantes plantean en las entrevistas la necesidad de “modelos” y esto llevaría a proponer durante el curriculum la complementariedad entre demostración del docente/profesional y el ensayo mediado por la reflexión durante o a posteriori de la situación vivida.

6. Reflexiones para compartir

Desde el punto de vista formativo se distinguen algunos aportes relacionados a un proceso gradual y de maduración como investigadora, al que se suma el conocimiento acumulado como docente y profesional en la clínica nutricional. A la hora de compartir esta experiencia he decidido agrupar estas reflexiones en relación a la enseñanza de competencias, al currículum en acción y a la investigación educativa, en la línea de didáctica universitaria.

6.1 La enseñanza de competencias y el currículum en acción

Esta investigación tuvo como ejes la práctica en terreno y la formación de competencias. Algunas reflexiones que podrían orientar la enseñanza de competencias:

- A primera vista, la descripción de las actividades que orientó el estudio cuantitativo, parecería darle a la competencia un valor instrumental del cual me distancié en las definiciones teóricas. La decisión de realizar una descripción “del hacer” del estudiante en la práctica hospitalaria puede fundamentarse de la siguiente manera; en tanto, las actividades *per se* no son generadoras de capacidades de orden superior, pero son “chispas” que habilitan a la generación de pensamientos y, particularmente, pensamientos complejos. En ese marco el conocimiento, el pensamiento, la comprensión y el sentimiento fueron los que habilitaron el surgimiento de las competencias. En el caso de estudio fue muy útil la matriz que se muestra en el cuadro 1 que muestra el proceso de atención nutricional, desglosado en

las actividades en términos de competencias de orden superior. Asimismo, la asignación de dimensiones y funciones para las competencias permitió visualizar la complejidad conceptual y de su integralidad, y las múltiples puertas de entrada para el aprendizaje. Las actividades involucradas en el proceso requieren de múltiples competencias y, a su vez, cada competencia implica simultáneamente a distintas dimensiones, humanística, técnica y metodológica.

- Cabe recordar que la praxis inventiva requiere previamente de la práctica rutinaria. Por lo tanto, al recoger información sobre las actividades de los estudiantes en el hospital se pudo valorar la existencia de experiencias básicas para el desarrollo de competencias profesionales inherentes al curso seleccionado para el estudio.
- No se puede olvidar que las carreras de grado guían el camino de formación de las competencias profesionales, pero éste no se termina en el momento que el estudiante alcanza su titulación. El perfil de egreso marca el horizonte deseado. Por lo tanto, parece acertado que si se investiga sobre competencias es necesaria una mirada transversal que permita comprender la formación como proceso, aunque, como en este caso, esté centrada en un curso en particular. El nivel de desarrollo alcanzado por los estudiantes, tanto en las competencias generales, como en las específicas fue producto de un devenir que trasciende a cada curso, a la vez que lo incluye.

Surgen del análisis algunas consideraciones, particularmente, referidas al currículum en acción y la enseñanza de competencias. Por ello, se habla de la enseñanza de competencias, a los efectos de considerar qué es lo trascendente de su expresión en el currículum vivido por los actores del proceso de enseñanza y aprendizaje. A partir de esto se identificaron tres puntos nodales:

- Los momentos disciplinares e interdisciplinares.
- La transversalidad en lo que se enseña y se aprende, que trae repercusiones en la optimización de los tiempos de cada curso como unidad curricular y del currículum en su conjunto.
- Las decisiones docentes al planificar una práctica de campo o

en terreno como espacio natural de desempeño profesional requieren contenidos teóricos en la enseñanza de competencias. Estas pasan a ser fundamentalmente decisiones metodológicas en donde el plan de las prácticas no es meramente instrumental, pues no solo refiere a las tareas del estudiante y el docente sino que tras esas decisiones se están potencializando o restringiendo espacios de desarrollo para la enseñanza y aprendizaje de competencias.

La enseñanza de competencias no se podría pensar si los docentes solo se concentraran en la enseñanza de la disciplina basada en un curriculum que tiene límites más o menos rígidos. Como se vio en apartados anteriores se requiere siempre de una situación que permita poner en acción conocimientos, pensamientos y creatividad en la respuesta a situaciones que suceden en un aquí y ahora. Por un lado, la postura docente es esencial para poder transmitir cómo se inscribe la disciplina sobre la que se es experto en la complejidad de la situación (sea esta simulada o real). Por otro lado, en la medida que los docentes internalicen que lo interdisciplinar integra lo disciplinar no sentirán que se pierden contenidos sino que se gana en la comprensión de la realidad. Dos aspectos claves en la enseñanza de competencias emergen de la investigación el tiempo y la metodología en la enseñanza.

6.1.1 Un recurso siempre escaso: el tiempo

En general, los límites temporales en los que se inscriben los cursos en el curriculum suelen ser motivo de quejas: el tiempo siempre es insuficiente. Por ello, es necesario que los docentes dejen de concebir el espacio del curriculum donde les toca actuar como un compartimento estanco y busquen generar un lugar para la enseñanza y el aprendizaje identificada como un continuo o proceso donde se van transformando las formas de pensar, hacer, de ser un profesional en formación. Esto, seguramente, optimizará los tiempos curriculares en la medida que se deberán recoger de los cursos previos aprendizajes de diversa índole: cognitivos, procedimentales, afectivos, así como capacidades que traen los estudiantes de otros espacios universitarios y no universitarios.

La enseñanza de competencias generales y específicas debería ser transversal en el plan de estudios, aún pensando en la especificidad de un cuerpo teórico más o menos cerrado que nuclea a cada curso.

6.1.2 La metodología en la enseñanza

La investigación permitió recoger algunos factores vinculados a componentes metodológicos que inciden sobre la calidad de la enseñanza en términos de pertinencia y significado de lo que se enseña y aprende.

- Un supuesto que fue tomado como punto de partida es que los docentes dedican bastante tiempo a planificar qué contenidos van a transmitir utilizando criterios que abarcan, por ejemplo, contenidos científicos recientes y dejan menos tiempo para pensar cómo se los pueden enseñar. Por lo tanto, hay una mayor distancia entre el tiempo destinado a planificar qué deberá hacer el estudiante en terreno y las competencias que se desean enseñar. En este sentido, las prácticas se planifican desde una concepción que implica la aplicación de un conocimiento, su demostración y la verificación de la teoría y, en el mejor de los casos, existe énfasis en la dimensión técnica de las competencias, por sobre las humanísticas y procesales. Las decisiones docentes tomadas en la planificación de la práctica hospitalaria, son claves a la hora de incorporar o excluir experiencias que promuevan el desarrollo de competencias en nutrición clínica para la atención hospitalaria. Algunos ejemplos que marcan estos dos rumbos podrían ser considerar o no momentos de interacción entre los alumnos y colegas del servicio de salud, planificar en forma colaborativa profesor-alumno el protocolo o guía de atención o que sea el profesor que lo presente como una pauta dada, o el abordaje del trabajo en el hospital que podría ser colaborativo entre pares con estudiantes del mismo nivel o de nivel superior, o ser individual. Cada una de estas decisiones pueden promover o distanciar el desarrollo de competencias deseadas en el perfil de egreso, y estas decisiones pueden marcar incongruencias entre lo que se propone que el estudiante aprenda y cómo se construyen los espacios de enseñanza.

- La formación de competencias no está restringida a los cursos prácticos o a las prácticas de los cursos teórico-prácticos. También se puede enseñar en los cursos teóricos en la medida que se instrumenten dispositivos educativos que pongan en juego la comprensión del conocimiento. De hecho, una práctica en terreno puede sustentarse en la enseñanza de capacidades meramente instrumentales. Pero, las prácticas en terreno, pueden ser un dispositivo de máxima complejidad e integralidad en el que aún pensando en la práctica de un curso, como fue el caso de estudio, los objetivos educativos vinculados a la enseñanza de competencias, deben considerar las zonas de intersticio de las diversas disciplinas que quedan implicadas. Es decir, que si se restringe la experiencia a lo que el curso enseña, la verdadera dimensión del término competencia estaría negándose. Un ejemplo claro en este estudio fueron los recortes realizados entre la nutrición clínica como disciplina y la educación nutricional, o la psicología aplicada a la nutrición, ya que el estudiante según las encuestas y entrevistas parece haberse limitado a la planificación del tratamiento, sin poder considerar a la vez la educación y la psicología como disciplinas que permiten articular el plan con el individuo.
- La metodología educativa en la enseñanza de competencias requiere de una enseñanza predominantemente dialógica, desplazando los tiempos empleados en la transmisión de conocimientos hacia espacios donde predomine la distribución del conocimiento entre los actores intervinientes, docentes, estudiantes y, en el caso, de que el aula se traslade, también un corrimiento hacia las organizaciones de desempeño profesional, para incorporar a egresados, profesionales y en algunas organizaciones a la comunidad. El docente debe guiar en la construcción del pensamiento crítico, analítico, y generar la oportunidad de conocer e intervenir sobre el contexto, siguiendo el método científico. Son claras las menciones en las entrevistas a las que se apeló al diálogo con muchos docentes, y hubo muestras de la promoción de un pensamiento analítico como ya se ha expresado, también hubo limitantes en los espacios y número de en-

cuentros de estudiantes y docentes, siendo estos encuentros catalogados como: insuficientes en el hospital; muy limitados en la interacción con colegas y, solo fue alto el vínculo con pares del mismo nivel de estudios. Se propone revisar estos puntos como elementos constituyentes de la metodología educativa. Especialmente para valorar la guía docente en la construcción del pensamiento unido a experiencias de sensibilización y profundización en el campo de desempeño del licenciado en nutrición, en donde ambos actores, estudiante/docente se encuentren en un dispositivo educativo y a la vez de asistencia a la salud. Esto permite que el estudiante conozca y comprenda las formas de pensar y sentir del profesor/profesional como primeros pasos en la generación de un pensamiento más autónomo.

- En relación a la evaluación, en la enseñanza de competencias debería existir un cambio en el énfasis; es decir, pasar de una evaluación centrada en los resultados hacia un dispositivo de enseñanza para el autoaprendizaje, que es justamente una competencia que debe enseñarse en la universidad. Aunque parece sencillo, esto implica resignar a que no todo lo que se enseña debe ser evaluado; al tiempo que debe haber consistencia entre el propósito de desarrollar competencias de orden superior y cómo se enseña y qué es lo que se evalúa,
- Los estudiantes tienen un rol protagónico en el aprendizaje. Por ello, para que el docente pueda identificar y potencializar sus capacidades es necesario que pueda comprender y distinguir sus diversos estadios y estilos de aprendizaje, proponer actividades diferenciadas, potencializar las capacidades entre estudiantes con diferentes niveles, entre otras estrategias.

6.2 Las decisiones metodológicas y líneas de investigación sugeridas

En relación a la metodología llevada a cabo en la investigación se pueden realizar los siguientes aportes:

- La realización de un diseño mixto, cuantitativo y cualitativo fue decisivo para poder responder a los objetivos. Como ya se ex-

plicó el diseño cuantitativo permitió describir la práctica hospitalaria en términos de regularidades de las experiencias que tuvieron los estudiantes. Esto dio cuenta de la estructura de la práctica en terreno planificada por los docentes en relación a los contenidos disciplinares expuestos en la interacción con el hacer y el contexto; también se pudo valorar el ámbito de desarrollo de las competencias a mayor o menor distancia del que experimenta el profesional en su desempeño. Esto debería vincularse al nivel de la carrera en la que se encuentre el estudiante; en nuestro caso, un nivel avanzado. El estudio cualitativo fue imprescindible para comprender el significado integral que el estudiante dio a la experiencia, trascendiendo el curso y alcanzando el curriculum.

- Asimismo, fue valiosa la estructuración realizada sobre las competencias específicas requeridas tomando como referencia las atribuciones realizadas por las Asociaciones de profesionales del Mercosur junto al perfil de egreso del Plan de Estudios.

Como debilidades metodológicas de la investigación realizada se identificaron:

- La necesidad de profundizar en el estudio de los niveles de comprensión alcanzada por los estudiantes en algunos temas centrales hubiera requerido un diseño cualitativo. Sin embargo se optó por preguntas abiertas que no permitieron explorar en profundidad este aspecto central en la enseñanza. En este sentido, se sugiere la realización de entrevistas individuales, o grupos focales que exploren temas como la distinción entre diagnóstico nutricional y clínico, o la complementariedad entre indicadores del estado nutricional entre otros, con guías de preguntas como: ¿cuándo los usaron? ¿porque optaron u optarían por uno u otro? ¿cuales fueron las dificultades de aplicación? ¿cuales ventajas y desventajas pudieron advertir al aplicarlos?; en un suma: preguntas que les requirieran generalizar, comparar, evaluar, todas actividades de orden superior que permitan estudiar la comprensión de los estudiantes. El estudio cuantitativo solo permitió conocer un primer peldaño que fue el operacional, pero sin contar con una explicación respecto a los

elementos que fueron considerados en la acción. De alguna forma, esto se vio complementado con las entrevistas en profundidad, donde los estudiantes marcaron en algunas oportunidades la adecuación de fórmulas para la determinación de necesidades energéticas, según la situación clínica del paciente, lo que hablaría de una trascendencia del orden instrumental.

Parece necesario generar investigaciones relativas a la articulación teoría-práctica, en el aporte de la práctica en contextos simulados o reales para la enseñanza de competencias, en la tensión existente entre modelos académicos y modelos ocupacionales, en la enseñanza de competencias en el curriculum, en el papel de los docentes y de los tutores profesionales, por mencionar algunas de las líneas interesantes que quedan de manifiesto en esta investigación. En el siguiente apartado se listan algunas ideas que podrían ser estimulantes a la hora de realizar investigaciones vinculadas a la enseñanza y el aprendizaje de competencias, distinguiéndolas según dos focos diferentes y complementarios: el de los estudiantes y el de los docentes.

6.2.1 Si el foco de la investigación son los estudiantes y sus aprendizajes

Se sugiere, para aquellos colegas que resuelvan investigar la enseñanza de competencias tomando a los estudiantes como población, que el estudio se posicione en términos de procesos complejos, es decir, no limitarse a saber qué hacen, qué hicieron o deberían hacer. Si ese fuera el caso, se estaría dando una mirada puramente instrumental a la enseñanza de competencias, que la enseñanza universitaria debería poder superar. La exploración debería pasar por conocer los niveles de comprensión alcanzados por los estudiantes en sus cursos, la metodología que propició u obstaculizó un pensamiento crítico-reflexivo, el abordaje o la restricción de las competencias en sus dimensiones técnicas, procesales o humanísticas, etc.

Algunas sugerencias de investigación en relación con los estudiantes y el aprendizaje son:

- El nivel de comprensión alcanzado, definido en términos de complejidad, integralidad y análisis de la práctica realizada.

- La trayectoria no académica del estudiante y la adquisición de competencias generales; trascendiendo la formación de competencias al campo meramente académico.
- El valor de la observación, demostración, comparación y el papel experiencial en el aprendizaje, relativo a la metodología para aprender qué, cuando, y dónde.

6.2.2 Si el foco de la investigación son los profesores

Otra línea importante para trabajar en investigaciones educativas es la concepción de los docentes, particularmente, en la enseñanza y el aprendizaje en las prácticas de campo. Estas se podrían explorar a partir de ver:

- lo que piensa, hace y siente el profesor de prácticas sobre la enseñanza de competencias,
- cuáles son las modalidades/s de intervención a las que apela o apelaría para enseñarlas,
- qué o cómo se articulan la teoría y práctica,
- qué dispositivos didácticos se emplean o emplearían,
- cómo se evalúa y para qué evalúa, entre otras.

Cabe destacar que los aspectos mencionados no deberían desligarse tampoco de aspectos subyacentes como ser: la trayectoria, la práctica del docente y la experiencia profesional.

Referencias bibliográficas

- Andreozzi M. (1998) Sobre Residencias, pasantías y prácticas de ensayo: una aproximación a la idiosincrasia clínica del encuadre de formación. *Revista del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación*. Año VII. (13): 33-43.
- Araújo de Sousa A. y Pacheco da Costa Proença, R. (2004) Tecnologías de gestão dos cuidados nutricionais: recomendações para qualificação do atendimento nas unidades de alimentação e nutrição hospitalares. Departamento de Nutrição e Programa de Pós-Graduação de Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina. *Rev. Nutr.* 17 (4): 425-436.
- Asociación Uruguaya de Dietistas y Nutricionistas AUDYN (2006) Modelo de Atención Nutricional en Clínica. Una guía para reflexionar sobre el rol profesional. Universidad de la República.
- Barnett, R. (2001) *Los límites de la competencia. El conocimiento, la educación superior y la sociedad*. Barcelona: Ed. Gedisa S.A.
- Benia, W., Macri, M. y Berthier, R. (2008) Atención primaria en salud. Vigencia y renovación. En W. Benia e I. Reyes (Coords.) *Temas de Salud Pública*. Dpto. Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Of. del Libro FEFMUR.
- Bragaña, S., Carbajal, S., Gonnet, A. y Saravia, L. (2008) *Para alimentar la memoria. El licenciado en nutrición en el Uruguay: desde sus orígenes hasta nuestros días*. Escuela de Nutrición y Dietética. Asociación uruguaya de Dietistas y Nutricionistas (AUDYN). Udelar.
- Burbules, N. (1999) *El diálogo en la enseñanza: teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Camillioni, A. (2004) Sobre la evaluación formativa de los aprendizajes. Quehacer educativo. Montevideo: Publicación de la Federación Uruguaya de Magisterio. Trabajadores de Educación Primaria.
- Carbajal, L.E (2008) *Carreras Universitarias. El Caso Medicina*. Dpto. de Educación Médica. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo: Comisión Sectorial de Enseñanza.
- Chaiklin, S. y Lave, J (Comp.) (2001) *Estudiar las prácticas. Perspectivas sobre actividad y contexto*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Da Costa Saar, S. R. (2007) Trevizan Ma. A. Los roles profesionales de un equipo de salud: la visión de sus integrantes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 15 (1): 106-112.
- da Cunha, M. I. (1996) La profesión y su incidencia en el currículum universitario. En Lucarelli, E. (Comp.) *Teoría y práctica como innovación de docencia, investigación y actualización pedagógica*. Didáctica de Nivel Superior. Programa Estudios

- sobre el aula universitaria (IICE). Cuadernos de investigación (10). Universidad de Buenos Aires.
- Díaz Barriga, A. (2006) El enfoque de competencias en la educación: ¿una alternativa o un disfraz de cambio? *Perfiles educativos* 28 (111): 7-36
- Díaz Barriga, F. (2003) Cognición situada y estrategias para el aprendizaje significativo. *Revista electrónica de investigación educativa* 5 (2). Consulta: 1/9/08. Disponible en: <<http://redie.ens.uabc.mx/vol5no2/contenido-arceo.html>>.
- Dornell, T. y Aguirre, M. (2010) La dimensión del campo ético en las prácticas preprofesionales: ¿una discusión pendiente? En Nari, M. del H e Ibáñez, A. (coords.) *Formación ética en la Universidad*. Universidad de la República. Comisión Sectorial de Enseñanza. Fundación Ayacucho.
- Finkelstein, C. y Gardey, M. (2004) Procedimientos. *Cuadernillo Bs As*. Facultad de Odontología. Universidad de Buenos Aires.
- Ibáñez, A. y Saravia, L. (1999) *La entrevista: una herramienta fundamental en la práctica del Nutricionista*. Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad de la República. Oficina del Libro.
- Lanz, M. (Comp.) (2006) El aprendizaje autorregulado. Enseñar a aprender en diferentes entornos educativos. *Colección ensayos y experiencias*. Buenos Aires: Ed. Noveduc.
- León, I. y Herrera, M. (2008) Atención Médica. Niveles de Atención. En W. Benia e I. Reyes (Coords.) *Temas de Salud Pública*. Dpto. Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina. Universidad de la República.
- Lucarelli, E. (2007) Teoría y práctica como innovación de docencia, investigación y actualización pedagógica. Didáctica de Nivel Superior. Programa Estudios sobre el aula universitaria (IICE). *Cuadernos de investigación* (10). Universidad de Buenos Aires.
- (2004) El eje teoría-práctica en las cátedras universitarias, su incidencia dinamizadora en la estructura didáctico curricular. Trabajo de tesis doctoral. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires.
- *et al.* (2007) Un caso de formación en la profesión: los estilos docentes en la clínica. IV Congreso Nacional de Educación y II Internacional de Investigación Educativa. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad Nacional de Comahue.
- Monereo, C. (Coord.) (1994) *Estrategias de Enseñanza y Aprendizaje. Formación del profesorado y aplicación en la Escuela*. Barcelona: Editorial Graó.
- Perkins, D. (2001) *La escuela inteligente. Las campanas de alarma*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Semiología General (1998) Clínica Médica. Coordinación del CIMI. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Oficina del Libro AEM.
- Senado Dumoy, J. y cols. (2005) Análisis de la competencia y el desempeño de los profesionales en un policlínico de la isla de la Juventud. *Revista cubana de Medicina*. 21: 1-2.
- Severino, A. (2001) A importancia de leer y de escribir en la enseñanza superior. En *Temas e Textos em metodologia do ensino superior*. Magisterio Formacao e Trabalho pedagógico. pp. 71 a 82. Brasil SP: Papyrus Editora.
- Shön, D. (1992) La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Ministerio de Educación y Ciencia. *Temas de Educación*. Barcelona: Paidós.
- Spinosa, M. (2006) Los saberes y el trabajo. *Anales de la Educación Común*. 2 (5) : 164- 173.

- Tenti, E. y Gómez, V. M. (1989) *Universidad y profesiones. Las profesiones modernas: crisis y alternativa*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Villahermosa R., M. L., y Guzmán H., C. (2007) Impacto de la pasantía hospitalaria en los conocimientos de los estudiantes de nutrición y dietética de la Universidad Central de Venezuela. *Revista de la Facultad de Medicina*. 30 (2): 124-129.

Bibliografía

- Arocena, R., Tommasino, H., Rodríguez, N., Sutz, J., Pedrosian, E. y Romano A. (2011) Integralidad: tensiones y perspectiva. *Cuadernos de Extensión 1*. Comisión Sectorial de Extensión y Actividades en el Medio (SCEAM).
- Carbajal, S. y Suárez, C. (2008) *Equiparse para trabajar en equipo. Conceptos y herramientas para contribuir al trabajo en equipo en el ámbito laboral*. Comisión Sectorial de Educación Permanente. Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad de la República.
- Centro Interamericano para el desarrollo del conocimiento en la formación profesional (CINTERFOR) *Las 40 preguntas más frecuentes sobre competencia laboral*. <www.oei.org.co/iberfop/documentos/40-conce.pdf - OIT>. Consulta: enero 2010
- Contera, C. (2000) Modelos de evaluación de la calidad de la Educación Superior. *Avaliação: Revista da Rede de Avaliação institucional da Educação Superior*. 5 (1).
- da Cunha, M.I. (2007) *O bom professor e sua prática*. Campinas: Papyrus Editora.
- (1997) Aula universitaria: innovación e investigación. En D. Leite y M. Morosini (Orgs) *Universidade futurante*. Campinas: Papyrus.
- Delors, J. (1995) La Educación encierra un tesoro. Informe para la educación del siglo XXI. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI. París: Santillana. Ediciones UNESCO.
- Diccionario de la Real Academia Española (22a. ed.) Disponible en: www.rae.es
- Dornell, T. (inédito) Investigación Científica: Diseños cualitativos. Material de apoyo pedagógico. Curso postgrado para docentes de la Escuela de Nutrición y Dietética, 2007.
- Fernández, L. (2003) Dispositivos de formación e intervención institucional. Ponencia en XXIV International Congress of the latin American Studies Association. Dallas, Texas. EEUU.
- Girolami, D. (2005) *Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal*. Buenos Aires: Editorial El Ateneo.
- Lacey, K. y Pritchett, E. (2003) American Dietetic Association Nutrition Care process and Model: ADA adopts road map to quality care and outcomes management. *Journal of The American Dietetic Association*. 103 (8): 1061 a 1072.
- Lucarelli, E. (2007) Contexto y Enseñanza: la vinculación de la teoría con la práctica en el aula universitaria. Ponencia en V Encuentro Nacional y II Latinoamericano: la universidad como objeto de investigación. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.
- Pineda et al. (1994) *Metodología de investigación. Manual para el desarrollo del personal de la salud*. Washington D.C. OPS/OMS. Serie Paltex n.º 35

- Polit, D. y Hungler, B. (1994) *Investigación científica en Ciencias de la Salud*. México: Interamericana Mc Graw-Hill.
- Ramirez Liberio, V. y Medina, G. Educación basada en competencias y el proyecto Tuning en Europa y Latinoamérica. Disponible: <www.observatorio.org/.../TuningEuropaAL>. Consulta: enero 2010.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002) *Bases de investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.
- Tejada, B. (2006) *Administración de servicios de alimentación. Calidad, nutrición, productividad y beneficios*. Editorial Universidad de Antioquia.
- Tuning America Latina. Proyecto Tuning (2004-2007) Reflexiones y perspectivas de la educación superior en america latina. informe final del proyecto tuning america latina. Disponible en: www.tuning.unideusto.org/tuningal/index.php
- UNESCO (1998) *Declaración Mundial sobre Educación Superior en el Siglo XXI: visión y acción*. Conferencia mundial sobre Educación superior.
- UNESCO (1995) *Documento de Política para el Cambio y el Desarrollo en la Educación Superior*.

Fuentes documentales

- Actividades profesionales exclusivas o reservadas al título. Aprobado en el XVI CONUMER. Viña del del Mar. Chile. Octubre 2008.
- Estándares para la formación superior universitaria para la carrera de Nutricionista: XVII CONUMER. Montevideo. Abril 2009.
- Informe de autoevaluación de la Escuela de Nutrición y Dietética. Comisión de evaluación institucional. Aprobada por la Comisión Directiva Res. No 7 octubre 2008.
- Ordenanza de Estudios de Grado y otros Programas de formación terciaria. Resolución n.º3 del CDC de 2/8/2011; No. 4 30/8/2011. Udelar. Publicado en el D.O. El 19 de setiembre. 2011.
- Plan de Estudios de la Licenciatura en Nutrición. Universidad de la República. Escuela de Nutrición y Dietética. 1998
- Programa del Nivel Profesional de la Licenciatura en Nutrición. Modelos básicos de desempeño para los Campos de práctica estudiantil. Universidad de la República. Escuela de Nutrición y Dietética. 2004

Anexo 1

FORMULARIO ANÓNIMO ENCUESTA

Respecto del estudio de la atención nutricional
a los pacientes en la práctica hospitalaria

1. De dónde obtuviste la **INFORMACIÓN ESCRITA** sobre los pacientes estudiados durante la práctica hospitalaria? (marca con una cruz **SOLAMENTE** la o las opciones que mejor representen tu práctica hospitalaria).

- a. Historias clínicas
- b. Kardex del Servicio
- c. Tableros de enfermería
- d. Pases de guardia de enfermería
- e. Otros (especificar cuales)-----

2. ¿De qué **PERSONAS** obtuviste la **INFORMACIÓN VERBAL** de los pacientes estudiados durante la práctica hospitalaria? (marca con una cruz **SOLOAMENTE** la o las opciones que mejor representen tu práctica hospitalaria).

- a. Pacientes
- b. Acompañantes
- c. Nutricionistas de la sala o sector
- d. Médicos
- e. Personal de enfermería

f. Otros miembros del equipo

g. Otros (especificar cuales)-----

3. ¿Valoraste el ESTADO NUTRICIONAL de pacientes por IMPRESIÓN CLÍNICA? (marca SOLAMENTE la opción que mejor represente tu práctica hospitalaria).

SÍ NO

4. ¿Valoraste ESTADO NUTRICIONAL DE pacientes a través de una VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA? (marca la opción que mejor represente tu práctica hospitalaria).

SÍ NO

5. ¿Qué MEDICION/ES les realizaste para evaluar antropométricamente a los diferentes pacientes en los que estudiaste la atención nutricional? (marca con una cruz SOLAMENTE la o las opciones que mejor representen tu práctica hospitalaria).

- a. Peso
- b. Talla
- c. Altura rodilla/talón
- d. Perímetro de cintura
- e. Pliegue Bicipital
- f. Pliegue Tricipital
- g. Pliegue Subescapular
- h. Circunferencia de pantorrilla
- i. Circunferencia braquial
- j. Otras (especificar cuales)

6. ¿Para qué has empleado dichas mediciones? (marca SOLAMENTE la/s opción/es que mejor representen tu práctica hospitalaria).

- a. estado nutricional por antropometría
- b. composición corporal
- c. otros (especificar cuales)-----

7. ¿En qué PARTE/S DEL PROCESO DE ATENCION usaste estas VALORACIONES ANTROPOMETRICAS O CORPORALES? (escribe lo que mejor represente tu práctica hospitalaria).

8. *¿Empleaste indicadores de RIESGO NUTRICIONAL?* (marca la opción que mejor represente tu práctica hospitalaria).

SÍ NO

Si respondiste que SÍ, responde la 8.1. Si respondiste que NO, continúa en la 9.

8.1. *¿Cuál/es indicador/es de RIESGO NUTRICIONAL has usado?* (marca SOLAMENTE la/s opción/es que mejor representen tu práctica hospitalaria).

- a. Pérdida de peso en el tiempo
- b. Cambios en la ingesta con ayunos o por capacidad de ingesta disminuida
- c. Presencia de trastorno/s gastrointestinal/es (náuseas, diarrea, vómitos etc.)
- d. Presencia de enfermedad hipercatabólica

9. *¿Cuándo fue necesario o útil que realizaras la VALORACION DEL RIESGO NUTRICIONAL en los pacientes que estudiaste?* (escribe lo que mejor represente tu práctica hospitalaria).

10. *¿En qué PARTE/S DEL PROCESO DE ATENCION realizaste VALORACION DEL RIESGO NUTRICIONAL en los pacientes que estudiaste?* (escribe lo que mejor represente tu práctica hospitalaria).

11. *¿Empleaste INDICADORES DIETÉTICOS?* (marca la opción que mejor represente tu práctica hospitalaria).

SÍ NO

Si respondiste que SÍ, responde la 11.1. Si respondiste que NO, continúa en la 12.

11.1. *¿Cuál/es INDICADOR/ES DIETÉTICOS o alimentarios has empleado para el estudio de los pacientes?* (marca SOLAMENTE la/s opción/es que mejor representen tu práctica hospitalaria).

- a. Modelo típico

- b. Frecuencia de consumo cualitativa
- c. Frecuencia cuantificada de alimentos
- d. Recordatorio de 24 horas
- e. Agenda dietética
- f. Combinaciones (especificar cuales)
- g. Otros (especificar cuales)

12. *¿En qué PARTE/S DEL PROCESO DE ATENCIÓN usaste INDICADORES DIETÉTICOS?* (escribe lo que mejor represente tu práctica hospitalaria).

13. *¿Realizaste DIAGNOSTICOS NUTRICIONALES de los pacientes que estudiaste?* (marca la opción que mejor represente tu práctica hospitalaria).

SÍ NO

Si respondiste que SÍ, responde la 13.1. Si respondiste que NO, continúa en la 14.

13.1 *¿Cuál/es fue/ron el/los INDICADOR/ES EMPLEADO/S con el/los que realizaste el DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL de los pacientes en la práctica hospitalaria?* (escribe lo que mejor represente tu práctica hospitalaria).

14. *¿Cuál/es MÉTODO/S empleaste para ESTIMAR LAS NECESIDADES ENERGÉTICAS en los pacientes que has estudiado durante la práctica hospitalaria?* (marca SOLAMENTE la/s opción/es que mejor representen tu práctica hospitalaria).

- a. FAO/OMS (metabolismo basal y factor de actividad)
- b. Harris Benedict
- c. recomendación de kcal por kg de peso
- d. % reducción energética en relación a la ingesta previa del paciente
- e. otros (especificar cuales)

15. *¿Qué TIPO/S de PLAN DE TRATAMIENTO REALIZASTE en los pacientes que has estudiado durante la práctica hospitalaria?* (marca SOLAMENTE la/s opción/es que mejor representen tu práctica hospitalaria).

- a. Cualitativo
- b. Cuantitativo
- c. Mixto

16. *¿Indicaste en algún/os plan/es de tratamiento de los pacientes estudiados durante la práctica hospitalaria la FORMA DE CONSUMO DE LOS ALIMENTOS (crudos-cocidos y métodos de cocción)?* (marca la opción que mejor represente tu práctica hospitalaria).

SÍ NO

17. *¿Indicaste en algún/os plan/es de tratamiento de los pacientes estudiados durante la práctica hospitalaria EJEMPLOS DE PREPARACIONES DE ALIMENTOS?* (marca la opción que mejor represente tu práctica hospitalaria).

SÍ NO

18. *En el caso de que hayas tenido que PLANIFICAR TRATAMIENTOS QUE REQUIEREN CONTROL DE ENERGIA Y NUTRIENTES, ¿cómo expresaste dichas cantidades en el caso de que debieras entregarlas al paciente o familiar?* (marca SOLAMENTE la/s opción/es que mejor representen tu práctica hospitalaria).

- a. en gramos
- b. en medidas equivalentes
- d. en fracciones o unidades equivalentes
- e. otras formas (especificar cuales)

19. *Para dar mayor VARIABILIDAD A LA ALIMENTACIÓN en los tratamientos que has planificado a los pacientes que has estudiado en tu práctica hospitalaria, ¿qué forma/s has utilizado como sustituciones de alimentos?* (marca SOLAMENTE la/s opción/es que mejor representen tu práctica hospitalaria).

- a. grupos de alimentos y las sustituciones
- b. por método de intercambio
- c. otras formas (especificar cuales)
- d. ninguna forma

20. *En alguno/s de los tratamientos que has planificado a los pacientes que has estudiado en tu práctica hospitalaria, ¿hiciste RECOMENDACIONES*

FÍSICO-QUÍMICAS de la alimentación? (marca la opción que mejor represente tu práctica hospitalaria)

SÍ NO

Si respondiste que SÍ, responde la 20.1. Si respondiste que NO pasa a la 21

20.1. *¿Qué componente/s FÍSICO-QUÍMICO has incluido en los planes de tratamiento a los pacientes que has estudiado en tu práctica hospitalaria?* (marca SOLAMENTE la/s opción/es que mejor representen tu práctica hospitalaria).

- a. Volumen
- b. Textura
- c. Fraccionamiento
- d. Temperatura
- e. Compuestos estimulantes de la secreción digestiva
- f. Otros (especificar cuales)

21. *En algún/os de los pacientes en los que estudiaste la atención nutricional, ¿debiste realizar PLANES DE TRATAMIENTO CON OBJETIVOS DIFERENTES PARA UN MISMO PACIENTE EN DIFERENTES MOMENTOS DE SU ATENCIÓN?* (marca la opción que mejor represente tu práctica hospitalaria)

SÍ NO

Si respondiste que SÍ, pasa a la 22. En caso de que NO, pasa a la 23.

22. *Para realizar diferentes PLANES DE TRATAMIENTOS A UN MISMO PACIENTE, CON OBJETIVOS DISTINTOS SE CONSIDERÓ ALGUNA/S DE LA/S SIGUIENTE/S INFORMACION/ES* (marca SOLAMENTE la/s opción/es que mejor representen tu práctica hospitalaria).

- a. la información de lo/s control/es o monitoreo/s que realizaste a el/los paciente/s asignado/s durante tu práctica
- b. cambios en la prescripción médica indicada en historia clínica de el/los paciente/s
- c. la información de una evolución supuesta (teórica) durante la hospitalización o cuando el/los paciente/s se le/s diera el alta

d. otros (especificar cuales)

Si has respondido entre las opciones la a, responde la 22.1. Si no la has marcado, pasa a la 23.

22.1. *¿Qué actividades has realizado para MONITOREAR O CONTROLAR a los pacientes durante la práctica hospitalaria?* (marca SOLAMENTE la/s opción/es que mejor representen tu práctica hospitalaria).

- a. Control de peso
- b. Valoración de ingesta real
- c. Anamnesis investigando: tolerancia, funcionalidad digestiva
- d. Entrevista con equipo de salud para conocer problemas detectados por otros miembros del equipo
- e. Otros (especificar cuáles)

23. *Durante la práctica hospitalaria, ¿debiste estudiar la atención nutricional de pacientes que TUVIERAN MÁS DE UNA PATOLOGÍA QUE REQUIERAN ATENCIÓN NUTRICIONAL?* (marca la opción que mejor represente tu práctica hospitalaria).

SÍ NO

Respecto a las formas de comunicación en tu práctica hospitalaria comunicación oral

24. *¿Te comunicaste con el/los PACIENTE/S durante la práctica hospitalaria?* (marca la opción que mejor represente tu práctica hospitalaria).

SÍ NO

Si respondiste que SÍ, pasa a la 23.1. Si respondiste que NO, pasa a la 24.

24.1. *¿Qué MOTIVOS fueron los que hicieron que te comunicaras con los PACIENTES?* (marca SOLAMENTE la/s opción/es que mejor representen tu práctica hospitalaria).

- a. Obtener de ellos información necesaria para la atención nutricional
- b. Educarlo respecto a las características de su tratamiento nutri-

cional durante la internación

- c. Entregarle y educarlo respecto al plan de tratamiento al alta hospitalaria
 - d. Escuchar sus demandas respecto a la alimentación que recibe en el hospital u otras inquietudes de su tratamiento nutricional
2. Otras (especificar)-----

25. *¿Te comunicaste con FAMILIARES O ACOMPAÑANTES?* (marca la opción que mejor represente tu práctica hospitalaria).

SÍ NO

Si respondiste que SÍ, pasa a la 24.1. Si respondiste que NO, pasa a la 25.

25.1 *¿Qué MOTIVOS fueron los que hicieron que te comunicaras con FAMILIARES o ACOMPAÑANTES?* (marca SOLAMENTE la/s opción/es que mejor representen tu práctica hospitalaria).

- a. Obtener de ellos información necesaria para la atención nutricional de los pacientes
- b. Educarlo respecto a las características del plan de tratamiento nutricional durante la internación de los pacientes
- c. Entregar y educar respecto al plan de tratamiento para el alta hospitalaria
- d. Escuchar sus demandas respecto a la alimentación que recibe en el hospital u otras inquietudes de su tratamiento nutricional
- f. Coordinar sus demandas respecto a la alimentación que recibe en el hospital u otras inquietudes de su tratamiento
- j. Otras (especificar cuales)

26. *¿Te comunicaste con los LICENCIADOS EN NUTRICIÓN de sala, área o institución durante la práctica EN FORMA ORAL?* (marca la opción que mejor represente tu práctica hospitalaria).

SÍ NO

Si respondiste que SÍ, pasa a las 25.1. Si respondiste que NO, pasa a la 26.

26.1 ¿Qué MOTIVOS fueron los que hicieron que te comunicaras con el/los LICENCIADOS EN NUTRICIÓN? (marca SOLAMENTE la/s opción/es que mejor representen tu práctica hospitalaria)

- a. Obtener información necesaria para la atención nutricional de los pacientes
- b. Brindarle información para el tratamiento nutricional de los pacientes
- c. Recibir información respecto a planes de tratamiento o evolución de pacientes hospitalizados
- d. Coordinar aspectos del tratamiento nutricional de los pacientes
- e. Otras (especificar)

27. ¿Te comunicaste con MIEMBROS DEL EQUIPO DE SALUD EN FORMA ORAL? (marca la opción que mejor represente tu práctica hospitalaria)

SÍ NO

Si respondiste que SÍ, pasa a la 26.1 y 26.2. Si respondiste que NO, pasa a la 27.

27.1 Indica con QUIÉN O QUIÉNES DEL EQUIPO DE SALUD te has comunicado durante la práctica hospitalaria EN FORMA ORAL (marca SOLAMENTE la/s opción/es que mejor representen tu práctica hospitalaria)

- a. licenciados en enfermería (nurses)
- b. auxiliares de enfermería
- c. médicos de sala
- d. especialistas consultados
- e. otros profesionales (especificar cuales)

27.2 ¿Qué MOTIVOS fueron hicieron que te comunicaras con estos MIEMBROS DEL EQUIPO DE SALUD? (marca SOLAMENTE la/s opción/es que mejor representen tu práctica hospitalaria)

- a. Obtener información para el tratamiento nutricional de los pacientes
- b. Brindar información para el tratamiento de los pacientes
- c. Coordinar el tratamiento nutricional en función de las indicaciones y evolución

- d. Adecuar la prescripción dietética en función de la situación del paciente
- e. Otras (especificar)

28. *¿Cuáles han sido las instancias de COMUNICACIÓN ORAL con el/los DOCENTE/S referentes de la práctica a propósito de la PRÁCTICA HOSPITALARIA? (marca SOLAMENTE la/s opción/es que mejor representen tu práctica hospitalaria)*

- a. Para consultarlo respecto a la conducta a seguir con los pacientes
- b. Para articular con el equipo de salud respecto al tratamiento nutricional
- c. Para coordinar los pacientes que serán asignados como casos clínicos a presentar al resto del grupo
- d. otros (especificar)

29. *¿Te comunicaste ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN NUTRICIÓN durante práctica hospitalaria? (marca para cada opción lo que mejor represente tu práctica hospitalaria).*

- | | | |
|--------------------------------------|----|----|
| a. con estudiantes de tu mismo grado | SÍ | NO |
| b. con estudiantes de grado inferior | SÍ | NO |
| c. con estudiantes de grado superior | SÍ | NO |

Si respondiste que SÍ en algún caso, responde la pregunta 28.1. Si no, pasa a la 29.

29.1 *En caso de responder que SÍ en alguna situación ¿qué MOTIVOS fueron los que hicieron que te comunicaras con ellos?*

- a-----
- b-----
- c-----

Comunicación escrita

30. Durante la práctica hospitalaria ¿tuviste que REALIZAR INFORMES ESCRITOS respecto a los pacientes en que estudiabas la atención nutricional? (marca para cada opción lo que mejor represente tu práctica hospitalaria).

SÍ NO

30.1 Indica quién o quiénes realizaron los DISEÑO DE LAS FICHAS O PROTOCOLOS para la recolección o presentación de la información recogida y generada de los pacientes en los que estudiaste la atención nutricional (marca con una cruz la opción que corresponda).

- a. Docente
- b. Estudiantes
- c. Ambas

31. Indica si has REGISTRADO información en alguno de los siguientes documentos (marca con una cruz la o las opciones que correspondan) práctica? Si responde que sí, ¿cuáles?

- a. Historia clínica
- b. Kardex o fichas nutricionales individuales de los pacientes
- d. Otros

Respecto a la relación de tu práctica con la atención nutricional hospitalaria

32. En alguna oportunidad has PLANIFICADO LA ALIMENTACIÓN DE LOS PACIENTES en los que estudiaste el proceso de atención considerando EL PLAN DE MENÚ DEL HOSPITAL (marca la opción que mejor represente tu práctica).

SÍ NO

33. En alguna oportunidad ¿has PLANIFICADO LA ALIMENTACIÓN DE LOS PACIENTES en los que estudiaste el proceso de atención considerando las GUIAS DE CONSUMO ESTANDARES DEL HOSPITAL?

SÍ NO

34. *En alguna oportunidad ¿has PRACTICADO LA/S FORMAS EN QUE PODRÍAS PEDIR LA ALIMENTACIÓN QUE TU HAS PLANIFICADO PARA SERVIR A LOS PACIENTES?* (marca la opción que mejor represente tu práctica hospitalaria)

SÍ NO

35. *En alguna oportunidad ¿has PRACTICADO LA/S FORMAS EN QUE PODRÍAS PEDIR LA ALIMENTACIÓN QUE TU HAS PLANIFICADO EN PACIENTES QUE REQUIEREN CONTROLES CUANTITATIVOS DE ENERGÍA O NUTRIENTES?* (marca la opción que mejor represente tu práctica hospitalaria)

SÍ NO

36. *¿Has OBSERVADO los RESIDUOS DE COMIDAS PARA EVALUAR EL APORTE NUTRICIONAL DEL MENU SERVIDO AL PACIENTE?* (marca para cada opción lo que mejor represente tu práctica hospitalaria).

SÍ NO

37. *¿Has OBSERVADO los RESIDUOS de algunos pacientes asistidos para valorar su ingesta?* (marca la opción que mejor represente tu práctica hospitalaria).

SÍ NO

38. *¿Has CONOCIDO ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS Y REGISTROS DEL DEPTO DE NUTRICION DEL HOSPITAL?* (marca SOLAMENTE la o las opciones que mejor representen tu práctica hospitalaria).

a. registros del Dpto. De Nutrición del Hospital para la planificación y servicio de la alimentación del paciente

b. registros del dpto. De Nutrición del Hospital para la formulación del pedido de dietas

c. registros de solicitud de complementos alimentarios o alimentación enteral

d. registros de distribución diaria de colaciones y preparaciones especiales

e. otros (especificar)

La «Universidad se Investiga» es una colección que recoge los aportes de la «Maestría en Enseñanza Universitaria» y propone difundir las investigaciones realizadas por los tesistas en temáticas relacionados con la Educación Superior en Uruguay. El desafío de esta publicación es la divulgación de los resultados nacionales en el prolífero y creciente campo de la Investigación Educativa en contextos terciarios, en un formato accesible a todo aquel lector interesado en la temática.



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



comisión sectorial
de enseñanza