

# NECESIDADES DE DOCENTES Y ESTUDIANTES PARA HUMANIZAR LA FORMACION DE ENFERMERÍA<sup>1</sup>

## NEEDS OF TEACHERS AND STUDENTS TO HUMANIZE NURSING TRAINING

## NECESSIDADES DE PROFESSORES E ALUNOS PARA HUMANIZAR A FORMAÇÃO DE ENFERMAGEM

SILVANA CASTILLO-PARRA\*  
JUAN FRANCISCO BACIGALUPO ARAYA\*\*  
GLORIA GARCÍA VALLEJOS\*\*\*  
ALFREDO LORCA NACHAR\*\*\*\*  
PAULINA ASPÉE LEPE\*\*\*\*\*  
PAOLA GORTARI MADRID\*\*\*\*\*

### RESUMEN

Motivan este estudio la búsqueda de coherencia entre la formación y el cuidado humanizado, teniendo el antecedente de investigaciones que muestran bullying y enseñanza agresiva de enfermeras docentes a estudiantes. Objetivo: Indagar las necesidades de humanización de la formación en enfermería, desde una perspectiva docente y estudiantil. Material y Método: Investigación cualitativa tipo estudio de caso realizada en una Escuela de Enfermería chilena, con 15 docentes y 12 alumnos que, previo consentimiento informado, conformaron 4 grupos de discusión con preguntas semiestructuradas a partir de la literatura. Se realizó análisis de contenido con Atlas ti® Versión 8.4.2, que generó red de códigos, categorías y 6 dimensiones de análisis. Se aplicaron los principios éticos de Ezekiel Emanuel y para asegurar el rigor metodológico se siguieron los principios de credibilidad, confiabilidad, confirmabilidad y transferibilidad. Resultados: Respecto a las necesidades para una formación de enfermería humanizada, las dimensiones que surgieron fueron: 1) Conceptos de humanización, cuidado y enseñanza humanizada; 2) Potenciar desarrollo personal; 3) Comprender a los jóvenes y contextos sociales; 4) Formación docente en enseñanza humanizada y currículum; 5) Reflexionar sobre conflictos éticos; y 6) Avanzar a una Universidad que cuide su comunidad educativa. Conclusiones: Se requieren esfuerzos personales, colectivos e institucionales que potencien el buen trato con estrategias de formación y de apoyo estudiantil y docente. De igual forma, se requiere mejorar las condiciones laborales para una vida saludable y una cultura de cuidado humanizado.

**Palabras clave:** Educación en Enfermería; Humanización de la atención; Docentes; Estudiantes.

<sup>1</sup> Investigación financiada por Fondecyt de Iniciación Ref.11180778. Etapa I. Fondecyt - Conicyt.

\*Enfermera, PhD. Dpto. Enfermería. Universidad de Chile. Santiago. Chile. Email: scastillop@uchile.cl. Autor de correspondencia.

\*\*Licenciado en Salud Colectiva, Mg. Universidade Federal da Integração Latino-americana. Brasil. Email: jbacigalupoa@gmail.com

\*\*\*Enfermera, Mg. Dpto. Enfermería. Universidad de Chile. Santiago. Chile. Email: garciv24@gmail.com

\*\*\*\*Psicólogo, Ms. Dpto. Enfermería. Universidad de Chile. Santiago. Chile. Email: alfredolorca@gmail.com

\*\*\*\*\*Enfermera, Licenciada. Dpto. Enfermería y Hospital Clínico Universidad de Chile. Email: paspee@hcucl.cl

\*\*\*\*\*Enfermera, Licenciada. Dpto. Enfermería. Universidad de Chile. Email: paola.gortari@gmail.com

## ABSTRACT

Research on bullying and aggressive teaching from nurse instructors to students, and the search for coherence between training and humanized care motivate this study. Objective: To assess the need for humanization of nursing training, from a teaching and student perspective. Material and Method: Qualitative research and case study, carried out in a Chilean Nursing School. Fifteen teachers and 12 students, who previously provided informed consent, formed 4 discussion groups using semi-structured questions obtained from the literature review. Content analysis was performed using Atlas ti® Version 8.4.2, which generated a network of codes, categories and 6 dimensions of analysis. Ezekiel Emanuel's ethical principles were applied and, in order to ensure methodological rigor, the principles of credibility, reliability, confirmability and transferability were followed. Results: Regarding the needs for humanized nursing training, the following dimensions emerged: 1) Concepts of humanization, care and humanized teaching; 2) Enhancing personal development; 3) Understanding young people and social contexts; 4) Teacher training in humanized teaching and curriculum; 5) Reflecting on ethical conflicts; and 6) Advancing towards a university that cares for its educational community. Conclusions: Personal, collective and institutional efforts are required to promote good interpersonal skills; based on training strategies, and student and teacher support. Similarly, it is necessary to improve working conditions for a healthy life and a culture of humanized care.

**Key words:** Nursing training; Humanization of care; Nurse teachers; Students.

## RESUMO

Este estudo é motivado pela busca de coerência entre a formação e o cuidado humanizado, tendo como referência as pesquisas que mostram o bullying e o ensino agressivo de enfermeiras que ensinam estudantes. Objetivo: Investigar as necessidades de humanização da formação em enfermagem, na perspectiva do ensino e do aluno. Material e método: Investigação qualitativa tipo estudo de caso realizada numa Escola de Enfermagem do Chile, com 15 professores e 12 alunos que, mediante consentimento informado prévio, formaram 4 grupos de discussão com perguntas semiestruturadas a partir da literatura. Foi realizada uma análise do conteúdo com Atlas ti® Versão 8.4.2, a qual gerou uma rede de códigos, categorias e 6 dimensões de análise. Foram aplicados os princípios éticos de Ezekiel Emanuel e para garantir o rigor metodológico foram seguidos os princípios de credibilidade, confiabilidade, confirmabilidade e transferibilidade. Resultados: Em relação às necessidades de formação humanizada em enfermagem, as dimensões que emergiram foram: 1) Conceitos de humanização, cuidado e ensino humanizado; 2) Promover o desenvolvimento pessoal; 3) Compreender os jovens e os contextos sociais; 4) Formação de professores em ensino humanizado e currículo; 5) Reflexionar sobre conflitos éticos; 6) Avançar para uma universidade que cuida de sua comunidade educacional. Conclusões: São necessários esforços pessoais, coletivos e institucionais para melhorar o bom trato com estratégias de formação e apoio a alunos e professores. Da mesma forma, é preciso melhorar as condições de trabalho para uma vida saudável e uma cultura de cuidado humanizado.

**Palavras-chave:** Educação em Enfermagem; Humanização da atenção; Professores; Estudantes.

Fecha de recepción: 29/10/2019

Fecha de aceptación: 27/11/2019

## INTRODUCCIÓN

El objeto de estudio de enfermería es el cuidado y la humanización es un referente de calidad del cuidado de las personas desde una perspectiva integral<sup>(1)</sup>. Watson hace más de una década declaraba que hay un riesgo de deshumanización del cuidado,

necesitando rescatar aspectos humanos, espirituales y transpersonales en todos los roles de la enfermería, incluido el educativo<sup>(2)</sup>. Investigaciones evidencian hostigamiento verbal y no verbal a estudiantes de enfermería por parte de profesoras e instructoras clínicas<sup>(3-6)</sup>, naturalizando una cultura del bullying, entendido como abuso verbal, físico, social o

psicológico<sup>(3)</sup> y una enseñanza por humillación, con técnicas de cuestionamiento agresivo y abusivo<sup>(7)</sup>. Lo anterior aleja el compromiso de los estudiantes con la enfermería y la gestión de cuidados humanizados<sup>(8)</sup>, siendo evidente la incoherencia entre un discurso sobre cuidado de personas y otro de descuido del estudiante<sup>(9)</sup>.

La humanización va más allá de la calidad de los servicios y procedimientos, exige también calidad en el comportamiento profesional e institucional<sup>(10, 11)</sup>. La Enfermería presenta una crisis por el alejamiento del profesional de enfermería con la persona sujeto de cuidados, producto de la rutina y el uso excesivo de protocolos<sup>(12)</sup>. Lo anterior dificulta comprender al ser humano en sus procesos de vida, considerando sus derechos, integridad, valores y su ser único, lo cual es propio del cuidado<sup>(13)</sup>. Asimismo, un cuidado humanizado, que reconoce la dignidad del otro<sup>(14)</sup> puede verse afectado en espacios donde la tecnología, a la vez que progresa, va mecanizando la relación profesional-persona<sup>(15)</sup>. Más aún, las marcadas diferencias socioeconómicas en Latinoamérica obligan a gran parte de su población a intentar acceder a instituciones estatales, muchas veces precarizadas, exigiendo a los profesionales de enfermería el logro de metas sanitarias con escasez de recursos y presión asistencial que tensiona a los equipos y a su propia salud mental<sup>(16)</sup>. Lo anterior constituye una amenaza devoradora hacia la deshumanización del cuidado, particularmente frente a personas y comunidades vulnerables que enfrentan carencias sociales, dolor físico y espiritual. ¿Es extraño entonces que nos detengamos a investigar sobre cuidados humanizados y formación humanizada, bajo la certeza que cuando los cuidados dejan de ser humanizados, entonces dejan de ser cuidados de enfermería? Para los autores de este artículo, la humanización es constitutiva de los cuidados de las personas, asimismo, de la formación enfermera, como experiencia de cuidado para los estudiantes.

En este contexto y en respuesta al alto número de consultas por alteraciones de salud mental de los estudiantes de Enfermería\*, la Escuela seleccionada para esta investigación generó, en el año 2016, un Programa de Apoyo Psicosocial Estudiantil y un Proyecto para la creación de una Unidad de Formación Humanizada de Enfermería (UFHE),

que requerían fortalecerse y dar respuestas pertinentes a las necesidades de los actores del proceso formativo. Por lo anterior, el objetivo para la primera etapa de este proyecto de investigación fue indagar las necesidades de humanización de la formación en enfermería, desde la perspectiva de docentes y estudiantes, aprobado por el Comité de Ética de Investigación N° 163-2018 CEISH.

## MATERIAL Y MÉTODO

**Tipo de estudio:** Investigación cualitativa descriptiva, con diseño tipo Estudio de Caso único, en una Escuela de Enfermería chilena, entre enero y agosto de 2019.

**Participantes:** Fueron considerados dos tipos de sujetos de estudio, 47 estudiantes y 35 profesores, a quienes se invitó a participar vía correo electrónico. El criterio de inclusión para los/as estudiantes fue el ser delegado de cursos o niveles, porque éstos conocen más directamente la realidad estudiantil por el rol representativo que asumen; y para los/as 35 profesores/as de enfermería, que contaran con experiencia en docencia clínica en los últimos 2 años al momento de la invitación, por su proximidad con situaciones relativas a las necesidades de humanización en la clínica. A modo de exclusión se consideró la no disponibilidad de horarios para participar de la investigación. Finalmente se conformaron dos grupos de discusión con 12 estudiantes que representaron los 5 niveles de formación y otros dos grupos con 15 profesores/as que tenían entre 1 y 18 años de experiencia en docencia clínica. Todos firmaron consentimiento informado.

**Recolección de datos:** Se recolectaron datos mediante grupos de discusión con preguntas semi-estructuradas a partir de literatura y enriquecidas por preguntas emergentes, validadas por dos enfermeras Magíster en Educación. Las discusiones fueron grabadas en audio y transcritas en Word, luego procesadas con software de análisis cualitativo Atlas ti® versión 8.4.2.

**Análisis de datos:** Se analizaron integralmente las cuatro transcripciones de los grupos de discusión mediante análisis de contenido: Pre

\*Según registros de atención de Unidad de Psicología de la Facultad a la que pertenece la Escuela seleccionada.

análisis, codificación, categorización y creación de dimensiones. Mediante una codificación temática<sup>(17, 18)</sup>, con una matriz de análisis realizada en base al marco teórico, objetivos y problema de investigación se originaron 3 dimensiones iniciales, se extrajeron fragmentos de texto como unidades de significado o citas seleccionadas de las transcripciones de los grupos de discusión. Estas fueron codificadas de acuerdo a su pertinencia, que se fueron relacionando en 28 categorías analizadas mediante redes. A partir de dichas redes, se originó una versión final de 6 dimensiones por saturación de información, en la medida que se repitieron las ideas en las categorías de cada una de ellas. Los estudiantes fueron identificados con la letra “E” y profesores con la letra “P”, acompañado del número asignado a cada participante en los grupos, seguido del número del grupo en el que participó y, después de dos puntos (:), la cita o unidades de significado. Se realizó triangulación de investigadores, se aplicaron los 7 principios éticos de Ezekiel Emanuel<sup>(19)</sup> y para asegurar el rigor metodológico se siguieron los principios de credibilidad, confiabilidad, confirmabilidad y transferibilidad<sup>(20)</sup>. Dado que la investigadora principal conoce a los docentes convocados al estudio, el comité de ética que aprobó la investigación revisó rigurosamente la situación y otorgó recomendaciones que se siguieron con diferentes estrategias para disminuir la influencia de la investigadora en los resultados; por lo cual la convocatoria, recolección de datos y transcripciones fueron realizadas por otros colaboradores del estudio, resguardando la identidad de los participantes.

## RESULTADOS

Los resultados son presentados de acuerdo a cada una de las 6 dimensiones con las unidades de significado representativas de estudiantes y/o docentes.

### **Dimensión 1: Conceptualizaciones sobre humanización en contextos de enfermería**

**a) ¿Cómo entienden humanización los actores del proceso educativo?:** Para los docentes, humanización es comprender al ser humano desde una perspectiva integral, respetarlo, escucharlo y reconocer sus sentimientos, ubicándolo en un espacio central en los procesos formativos y de

cuidado. Esto requiere un autoconocimiento del cuidador/formador, en términos de comprenderse a sí mismo, reconocer emociones y sentimientos involucrados en la relación de cuidado:

*Humanización es considerar al humano como el centro de nuestro quehacer (P3, 3:4). Para mí la humanización tiene que ver con el respeto del ser humano (...) escuchar al otro, escuchar lo que siente, escuchar lo que uno siente al escuchar al otro (P5, 3:8).*

Estudiantes con experiencias clínicas se refieren con mayor claridad al concepto de humanización, destacando el abordaje integral de los cuidados, que incluye emociones. Para lograr un trato más humano, el estudiante requiere un cambio, “algo que permita ver” al sujeto de cuidado en una relación horizontal:

*Para hacer un trato más humano tiene que haber algo que a nosotros nos permita ver a la otra persona como igual (E10, 1:17).*

**b) Cuidado humanizado: ¿Una obviedad?** Los docentes se cuestionan la necesidad de explicitar el término “humanizado”, cuando esta característica debiese ser intrínseca al cuidado y la enseñanza. Lo anterior puede ocurrir por el desgaste y la deshumanización del desempeño de los profesionales:

*Me parece raro que haya que recordarse que un cuidado tiene que ser humanizado y ahí me hace cuestionar y revisar que muchas veces que uno pierde esa capacidad (...) parece extraño que uno tenga que reforzar lo de cuidado humanizado o lo de enseñanza humanizada (P1, 3:9). ¿Ahora por qué está tan en boga lo de la humanización?, es principalmente por lo opuesto, por la deshumanización que se ve en el día a día (P2, 3:11).*

Los estudiantes reconocen deshumanización de los cuidados en el ejercicio de la enfermería, lo que les demanda, como estudiantes, una particular empatía con los sujetos de cuidado y la seguridad en sus saberes para justificar y defender cuidados que humanizan la atención, aun cuando resultan para ellos evidentes e incuestionables:

*Muchas veces, en esta deshumanización que hay de los cuidados, uno tiene que pelear para poder*

*dar estos cuidados y uno tiene que defender con uñas casi y justificar muchas veces estos cuidados que está dando, que debiese ser como obvio (E12, 2:23).*

### c) Sentido y recorrido de una formación humanizada:

La formación humanizada contempla respetar y tomar decisiones en consideración a las necesidades y creencias del otro –estudiante/colega–, centrando dichas decisiones en aspectos que superan la formación instrumental e incorporando lo relacional y el reconocimiento de emociones en dichas interacciones. Al igual que en los cuidados humanizados, es fundamental el autoconocimiento y la autoconciencia de los docentes para comprender al estudiante en su multidimensionalidad:

*Sobre educación humanizada: El respeto en cuanto a considerar al otro con sus pensamientos, creencias, en aceptar las decisiones y opiniones, basar las decisiones en el otro y con respecto a ese otro (...) parte por un muy buen autoconocimiento (P2, 3:36).*

Formar, humanizadamente a los estudiantes, significa también un equilibrio entre lo racional –asociado a lo procedimental, cognitivo, científico– y lo humano –asociado a lo espiritual, emocional, social–, lo cual demanda procesos formativos, que vayan más allá de lo teórico y técnico, potenciando habilidades relacionales para un trato humanizado:

*Sobre educación humanizada: hay un equilibrio que uno intenta encontrar con cada estudiante, porque no me sirve (...) que sean los mejores haciendo procedimientos o que tengan todos los conocimientos del mundo (...) si no les dan el trato digno (P2, 3:40).*

La cuestión no es reemplazar el conocimiento técnico-científico por aspectos emocionales, sino articular los saberes de forma equilibrada que permita un cuidado integral, ya que, en el intento de potenciar aspectos relacionales y espirituales, los estudiantes pueden llegar a no abordar necesidades básicas en su atención:

*El estudiante pasó toda la atención hablando con el paciente, se le olvidó que tenía que hacer todo lo demás (...) pero no puede estar ajeno a lo demás para ser un buen profesional (...) no estoy ahí solo para llevarme bien con él (P3, 3:39).*

Por último, es fundamental ser coherentes entre el discurso docente, respecto a un cuidado humanizado, y la interacción con el estudiante con una relación humanizada, modelando, experimentando y naturalizando la mirada integral del ser humano:

*En la medida que nosotros logremos entregar una educación más humana y humanizada a nuestros estudiantes, vamos a lograr que nuestros profesionales futuros también entreguen cuidados más humanizados (P13, 4:2).*

### Dimensión 2: Necesidad de desarrollo personal para humanizar la formación

#### d) Tomar conciencia de experiencias propias y el actuar docente:

Los profesores reconocen en sus historias de vida experiencias como estudiantes y profesionales caracterizadas como indignas, perjudicadas o automatizadas, alejadas de una formación humanizada. Cuando los profesores se hacen conscientes de ello, se motivan a cumplir un rol diferente que les permita ser mejores docentes y aplicar estrategias interpersonales con sus estudiantes, tales como el diálogo y la escucha:

*Sobre su tiempo como estudiante: eran muchos prejuicios, era un trato bastante indigno (...) eso es lo que a mí me motiva a ser diferente con los alumnos, el escucharlos (...) para de cierta forma poder ayudarlos y explicarles (P2, 3:66).*

Las docentes reconocen, en su etapa de novatas, haber privilegiado aspectos cognitivos y técnicos por sobre los humanos, evidenciando una reducción de la formación profesional a la instrumentalización profesional. Más aún, había una autocomplacencia reductiva del rol docente, desconociendo la dimensión humana de la formación:

*Cuando comencé en docencia yo transmitía mi conocimiento, que fuera de calidad y de un poder cognitivo importante, y que estos estudiantes fueran unas máquinas y que yo fuera la mejor docente, ¡fantástico!, pero me di cuenta que estaba formando buenos profesionales, pero no estaba aportando a la formación de buenas personas (P12, 4:18).*

e) Más autocuidado y cuidado mutuo entre todos: Docentes relatan dificultades para establecer límites en los tiempos de dedicación al trabajo y

desarrollar estrategias de autocuidado, tensionando el cumplimiento de compromisos laborales versus el cuidado de su propia salud. Esto puede verse influenciado por comprensiones vocacionales de la enfermería socialmente aceptadas:

*Sobre faltar al trabajo: Es que no hay posibilidad, por ejemplo, yo tengo clarísimo que los días de práctica es pero imposible pensar en enfermarme (P5, 3:52). Transgredimos el límite cuando desde ciertas esferas se cree que particularmente el ser enfermero es un apostolado de ser buena persona y eso pasa a todo nivel (P2, 4:27).*

Aunque los docentes reconocen la importancia del autocuidado, las exigencias laborales y la autoexigencia, muchas veces, no permiten darse tiempo para mantener hábitos saludables mínimos, como comer en horarios dispuestos para tal fin, dormir las horas necesarias o descansar, lo cual sería inconsecuente con el discurso educativo en salud:

*Yo los hincho un montón con el autocuidado [a estudiantes]: si durmieron, si comieron, si tomaron desayuno (...) y cuando ven que no he almorzado, que ando corriendo para allá y para acá me dicen ¡ya po profe donde está el autocuidado! (P2, 3:54).*

Los docentes evidencian la necesidad de que los estudiantes también les vean y reconozcan como personas, lo cual implica un posicionamiento más horizontal y transparente en su relación, con disposición al aprendizaje mutuo, potenciando el bienestar colectivo y la cultura de cuidado en *boucle*, es decir, desde todos y hacia todos:

*Yo soy muy transparente con los estudiantes y transparente en el sentido de que ellos comprendan de que soy persona (...) nosotros no tenemos que ser el máximo (...) tenemos que hacer que el estudiante vea que somos personas también (P7, 4:40).*

### **Dimensión 3: Necesidad de comprender contextos sociales**

**f) Éramos tan diferentes:** Los profesores destacan características de los estudiantes muy distintas a sus propias generaciones, lo cual puede estar influido por un contexto sociopolítico diferente, que actualmente los hace más libres y cuestionadores, diferente a las generaciones que se formaron en dictadura, marcadas por el deber, la norma y el

miedo. El acceso a la información y normalización de las tecnologías es otro elemento mencionado, por cuanto ofrece un escenario diferente que influye en las relaciones entre jóvenes y en sus formas de expresión. Es insuficiente la comprensión de tal realidad juvenil por parte de las profesoras de enfermería, así como la falta de estrategias de formación pertinente.

*Yo me formé en un contexto generacional donde habían muchas cosas que uno no podía decir, aunque las pensara, y estas nuevas generaciones ya no están en esa, no solo no nacieron en periodo de dictadura, sino que mucho después, además nacieron de la mano con las tecnologías de la información instantáneamente, por lo tanto, crecieron sin tener ese miedo o ese temor de expresar lo que piensan, lo que sienten (...) para los que somos de una generación anterior nos cuesta un poquito más comprender (P5, 3:51).*

También se evidencian diferencias en docentes de distintas generaciones, sobre los criterios de priorización de sus compromisos y proyecciones laborales. Profesoras con más años, relatan ser “más comprometidas” con su trabajo, con un alto grado de responsabilidad, sin opción de incumplir sus compromisos laborales:

*Yo soy antigua, pero en la formación que uno tenía (...) tenía muy internalizada la responsabilidad que tenía con respecto a llegar a tu lugar de trabajo, ahora las generaciones han cambiado y son más libres (...) me acuerdo que tenía que llegar a mi trabajo y estaba lloviendo y era como no, no importa, paso como sea (P3, 3:49).*

Al contrario, las nuevas generaciones docentes señalan ser más flexibles sobre sus tiempos, responsabilidades y cumplimiento de deberes. Otorgan importancia a un ambiente de trabajo agradable, con oportunidades de reflexión y esparcimiento; así como la importancia de cuidar sus procesos personales y poner límites en sus tiempos:

*Si yo no me siento satisfecho y no me está ayudando a mi vida el trabajo donde estoy, me voy (P5, 3:59).*

**g) Estudiantes con carencias y realidades cada vez más complejas:** Muchos estudiantes viven en entornos complejos, con pocas posibilidades de

apoyo familiar, ingresando a la universidad por sistemas de equidad con insuficiente preparación para enfrentar exigencias académicas, lo cual constituye un desafío docente, para acompañar a sus estudiantes a superar dificultades y lograr los aprendizajes:

*Cómo sacar ese estudiante que tiene todo un entorno en contra, que son los primeros en ir a la universidad dentro de su familia, que no tienen ningún modelo a seguir de cómo estudiar (...) cómo acompañarlos durante 5 años o más para que puedan salir (P2, 3:55).*

#### **Dimensión 4: Necesidad de formación humanizada para docentes y estudiantes**

**h) Formarse en el tránsito de enfermera a docente:** El ingreso a la universidad, como docentes, significaba una identificación natural con su rol de enfermeras/os, no así con su rol de formadores, reconociendo errores docentes cometidos y la necesidad de formación para la humanización:

*Uno cuando sale como enfermera no sale como docente, uno lo aprende en el camino y de repente uno va cometiendo muchos errores también (P3, 3:22).*

**i) Avanzando en humanización, pero aún con tropiezos dolorosos:** El estudiantado reconoce prácticas humanizadas en la mayoría de sus profesoras, accesibles, apoyadoras y abiertas a la comunicación, lo cual les da confianza y soporte. No obstante, también reconocen la existencia de prácticas poco humanizadas en un grupo minoritario de docentes, que les puede provocar angustia, tristeza y llanto:

*Uno ve a otros compañeros que lo pasan mal con sus tutores, por ejemplo, son 10 grupos de práctica y, no sé, son 2 profes o 3 profes que son así a lo sumo, entonces hay 7 profes que son buenos o muy buenos o quizás sin pena ni gloria pero ya, pero hay otros compañeros que lo pasan mal y de verdad muy mal y que lloran (E2, 1:41).*

Por su parte, el profesorado de enfermería reconoce una evolución cultural positiva respecto al trato al estudiante y a la preocupación por abordar situaciones de malos tratos, aun cuando no necesariamente genera cambios. A su vez, los estudiantes relatan experiencias de malos tratos

hacia sus compañeros, particularmente en la formación clínica.

*Hubo una compañera que no quiso seguir la práctica, se salió, porque era tanto el seguimiento de la profesora hacia ella que simplemente se salió. Los trataba de tontos, ignorantes, que como estaban en 3ro, que se debieron haber quedado en 1ro (E8, 1:46). Se nota el cambio en comparación a cuando era estudiante, o sea, porque eso, antes, no sé, si había un caso de maltrato desde una docente hacia un estudiante, siento que igual se enmascaraba un poco, siento que incluso se permitía (...) en cambio ahora cuando salen, por lo menos lo que me he enterado igual se aborda, se habla con esa docente, se intenta ver qué es lo que se puede hacer, ahora si funciona o no ya es otro tema (P2, 3:68).*

**j) Formación humanizada cruzando el currículum:** En las prácticas clínicas existen espacios formales de discusión diaria, que abren posibilidades de reflexión en torno a las experiencias vividas durante el día y elementos asociados que tributan a los cuidados humanizados:

*Se intenta siempre reservar al menos media hora en la mañana antes de finalizar la práctica, como a ese día me refiero, para hablar, reflexionar con la profesora y con el grupo de práctica las situaciones vividas durante el día (E2, 1:23).*

Los docentes valoran positivamente la incorporación transversal, en el currículum, de temáticas asociadas a la relación terapéutica y práctica reflexiva, logrando que los estudiantes desarrollen competencias más complejas para dar respuesta a situaciones de salud problemáticas, particularmente en las prácticas clínicas. Estos espacios son oportunidades de cuidar al estudiante, en la medida que se otorga sentido, fundamento y reflexión a las acciones profesionales en contexto y posibilidades de acciones futuras:

*Yo creo que las prácticas son una forma de cuidar, con una práctica reflexiva (P12, 4:19). La propuesta que yo encuentro súper interesante es que ahora se está proponiendo un modelo reflexivo donde cobra más valor el qué siente el estudiante (P5, 3:30).*

Los estudiantes valoran y requieren espacios explícitos durante la carrera, como talleres de

autoconocimiento y salud mental, que les otorguen fortalezas y naturalidad para brindar cuidados humanizados en su práctica. En sus experiencias, dichas actividades han contemplado discursos y actividades concretas dentro del aula y la práctica:

*Cada ramo se trata de siempre tener esa mirada de trato digno, hay muchas clases de profesoras que (...) más que enfocarlo en la patología y eso, lo enfocan en qué cuidados son importantes para ese paciente, para darle este trato digno al paciente (E12, 2:9).*

### **Dimensión 5: Necesidad de reconocer y reflexionar sobre conflictos éticos**

**k) Entre estudiantes y sujetos de cuidados:** Los docentes orientan relaciones de cuidado ético entre sus estudiantes y las personas receptoras de cuidado, ayudándoles a empoderarse, establecer bases y límites necesarios para la profesión, que pueden asociarse al autocuidado y a la relación terapéutica:

*También les planteo, a los estudiantes, que puede haber situaciones que por el motivo que sea, no sean capaces de abordarlas, enfrentarlas, que sea alguien que los supere, por decirlo así, yo creo que es mejor también que ellos den un paso al lado (P2, 3:36).*

Las distancias existentes entre el discurso docente, ávido de humanización, y la realidad del ejercicio profesional y del equipo de salud, en ocasiones deshumanizado, puede convertirse en oportunidad necesaria de diálogo y crecimiento:

*Hablar de humanización en la práctica clínica sirve mucho de contexto (...) acá en la escuela se les enseña una manera de cómo ejercer la enfermería y en el campo clínico lo ven de una forma totalmente distinta a veces, bastante deshumanizado (P2, 3:14).*

Los estudiantes reconocen que sus profesores orientan el manejo de conflictos éticos entre ellos y sus pacientes, resaltando el trato digno formalmente y mediante diálogos, fortaleciendo su autoconocimiento y cómo las situaciones les afectan emocionalmente:

*No sólo nos capacitan de cómo ser con la persona que estamos atendiendo, también nos recalcan mucho el autoconcepto, el autoconocimiento, el cómo me afecta esto a mí, hasta dónde puedo llegar*

*con esto, la transferencia, la contratransferencia (E8, 1:28).*

**l) Entre docentes y estudiantes:** Las profesoras reconocen que se ha evolucionado en la reducción del maltrato y la censura por parte de las docentes de enfermería, no obstante, aún existen experiencias negativas más sigilosas en los procesos formativos y laborales:

*Yo creo que sigue habiendo microviolencias y microcensuras, yo sé que sigue habiendo, pero sí, hoy se saben (...), la xx y el xx maltrata o está censurando a tal persona, es como lo peor que podría hacer como docente (...), es como mal visto antes no (P5, 3:69).*

Es necesario abrir más espacios de diálogo participativo y horizontal sobre ética y buen trato, permitiendo la crítica de los estudiantes en un ambiente seguro, siendo conscientes de la posición natural de poder que posee el profesorado:

*Los estudiantes son bien críticos y yo creo que faltan espacios de escucha, yo creo que falta que nosotros brindemos espacios seguros, porque me pasó también como estudiante, que a veces no es fácil decirle al profe: oiga profe... porque hay un poder innato en nosotros, estamos en una posición distinta, queramos o no (P15, 4:24).*

### **Dimensión 6: Necesidad de avanzar hacia una universidad que cuide a su comunidad**

**m) Limitaciones para el cuidado institucional:** Los profesores requieren que la institución los reconozca como personas y los cuide para brindar una formación y cuidado más humanizado. Perciben que la universidad tiende a centrarse en la productividad, sin revelar aspectos humanos de sus integrantes:

*Para poder ejercer el cuidado humanizado necesitamos apoyo institucional (P15, 4:35). La realización personal, yo creo, que es un tema que está totalmente desplazado y puede ser que las organizaciones se olvidan que trabajan con personas (P5, 3:73).*

Los docentes destacan la sobrecarga de trabajo, y el insuficiente apoyo en disponer estructura y mecanismos frente a necesidades cotidianas o promoción de la salud mental de los docentes, que



refleje un real interés institucional por cuidar a sus profesores:

*Vivimos en un sistema con un ritmo terrible (...) nosotros estamos en práctica con una demanda laboral de la academia donde tienes que hacer millones de cosas (P15, 4:24).*

Frente a lo anterior, los docentes encuentran apoyo en sus colegas, mediante mecanismos formales para resolución de conflictos con estudiantes, además del apoyo informal de sus pares por contención emocional e instrumental en sus oficinas:

*No hay una unidad de ayuda a docentes, así como tan formal, pero sí hay instancias a las que uno puede recurrir, en el caso de que hubiese algún problema sería la PEC, Profesora Encargada del Curso (P2, 3:42). Sobre mecanismos de apoyo, es más informal (...) las oficinas son terapéuticas (P3, 3:43).*

Los docentes reconocen cuestiones de género que limitan el desarrollo académico, afectando los derechos de las mujeres al no considerar los períodos de embarazo y maternidad en sus carreras académicas:

*El derecho a ser mamá en la carrera académica, es una falta de respeto que a las mujeres no se les considere el tiempo que estuvieron con pre y postnatal, las licencias que tuvieron por su hijo enfermo, para su carrera académica (P10, 4:36).*

**n) Soporte institucional formativo como promotor de la humanización:** Los docentes principiantes valoran espacios de formación docente inicial, las mentorías y las posibilidades de participar en cursos, como estrategias de apoyo institucional, que les permite insertarse en la dinámica de la unidad y su rol docente:

*La inducción, yo creo, que es un muy buen aporte, o lo otro, el tema de ir ayudando a los docentes de aquí mismo en cuanto a hacer diplomados (P2, 3:44).*

**ñ) Los estudiantes y las dinámicas institucionales:** Los estudiantes reconocen obstaculizadores del cuidado humanizado en campos clínicos y aula, descritos como falta de tiempo y recursos insuficientes para actividades durante sus prácticas, que les permitan brindar una atención más digna:

*Uno de verdad intenta hacerlo todo (...) nos deberían dejar tener el tiempo (...) va a aprender a ser una máquina finalmente (E2, 1:59). A uno le gustaría que hubiese un biombo para que el paciente tuviese la privacidad, por ejemplo, y no puede, esas cosas igual hacen que no sea un trato humanizado (E8, 1:57).*

Estudiantes valoran el perfil cercano de la mayoría de los docentes de enfermería y el soporte brindado por programas de apoyo a los estudiantes en la Escuela y Facultad, que les acoge y orienta desde perspectivas emocionales, psicológicas y sociales.

*Sé que hay compañeros que vienen y que tienen harto apoyo, en programas de apoyo en Escuela y Facultad (E12, 2:19).*

## DISCUSIÓN

Así como Watson plantea que el cuidado solo puede practicarse en una relación interpersonal, donde es relevante el conocimiento de sí mismo<sup>(21)</sup>, para la comunidad educativa de enfermería la humanización en los cuidados y en la formación requiere una comprensión profunda de la persona, que implica procesos de autoconocimiento y formación valórica, tanto de docentes como de estudiantes<sup>(22)</sup>. La necesidad de hablar de humanización, aun cuando es constitutiva de los cuidados, responde a la deshumanización en el sistema de salud, reconocido por docentes y estudiantes de enfermería, como consecuencia de un sistema público de salud precario y con altos niveles de exigencia para sus profesionales. Esto puede provocar sufrimiento moral (*moral distress*) en los profesionales de salud y generar dificultades para tener un actuar moralmente pertinente a una situación determinada, pudiendo conducir a *burn-out*. Para mitigarlo, la formación ética y los procesos deliberativos son relevantes<sup>(23)</sup>.

Cuando profesoras de enfermería reconocen que una formación humanizada puede favorecer cuidados humanizados, coinciden con el actuar de buenas formadoras de enfermería, quienes demuestran ser espejo entre el cuidado con sus pacientes y estudiantes, formándolos para modelar en ellos un cuidado humanizado<sup>(24)</sup>.

Es un aporte de esta investigación destacar el riesgo de los estudiantes respecto a desatender cuidados procedimentales para centrar su atención en aspectos relacionales, probablemente por falta de entrenamiento y por las limitaciones de tiempo en sus prácticas clínicas, pudiendo no lograr un equilibrio en el cuidado integral frente a las necesidades de sus pacientes.

La toma de conciencia de las docentes respecto a sus historias como estudiantes, con experiencias poco humanizadas por parte de sus profesoras, les hace negarse a ese tipo de docencia, resistiéndose a la tendencia a replicar modelos aprendidos en su época de estudiantes<sup>(25)</sup>. El desarrollo personal es parte de una formación humanizada, toda vez que su comprensión permite plantear mecanismos de formación que consideran el “ser” de estudiantes y docentes, superando lo cognitivo y contribuyendo a una formación personal y valórica<sup>(26)</sup>. En la etapa de novatas, las docentes limitan su actuar a aspectos técnicos y teóricos, lo cual es coincidente con la caracterización del “principiante” de Benner<sup>(27)</sup>, con sobrevaloración de lo técnico-biológico y poca valoración al cuidado humanizado<sup>(28)</sup>.

Mayor autocuidado y ser reconocidas como personas por sus estudiantes, es un desafío para las docentes de enfermería y una oportunidad de cuidado mutuo. Al respecto, se aporta con un hallazgo novedoso, pues la literatura en el tema destaca la consideración del estudiante como persona<sup>(24 y 29)</sup>, no así la consideración de las profesoras como personas.

Los estudiantes actuales tienen características propias bien diferenciadas con varias generaciones docentes, asociadas a cambios sociales, uso de tecnologías, preparación académica y redes de soporte emocional y económico, todo lo cual señala la necesidad de formación docente para su comprensión e incorporación didáctica. Dicha complejización del estudiantado universitario es fruto de una democratización en el acceso, que requiere implementar políticas y estrategias institucionales para corregir la inequidad del sistema<sup>(30)</sup>. Surge un nuevo lenguaje, derivado de la forma de aprehender el mundo en imágenes, en el que la “red”, para los jóvenes, es parte de su experiencia vital<sup>(31)</sup>, que le impide “desconectarse”, dada la omnipresencia de las redes sociales. La desconfianza de los estudiantes en los mecanismos institucionales para solucionar problemáticas

puede ser explicado por su violento rechazo al “sistema social”, como impulsor de desigualdades y vulneración de derechos<sup>(32)</sup>. Más aún, en el ordenamiento social adultocéntrico, además de la clase social y el género, la edad es poder<sup>(33)</sup>.

Si el cuidado es una interacción terapéutica en sí misma, basada en el enriquecimiento mutuo del ser<sup>(34)</sup>, entonces esta investigación muestra tensiones entre el discurso sobre cuidados y la enseñanza para el cuidado, al evidenciar vestigios de maltratos y microviolencias por parte de tutoras hacia estudiantes de enfermería, como en tantos lugares del mundo<sup>(7)</sup>, sin reconocer la dignidad del otro como ser humano y el respeto como imperativo ético en la relación<sup>(35)</sup>. Prácticas docentes reconocidas como humillantes para los estudiantes pueden constituir una forma de violación a la dignidad de la persona<sup>(36)</sup> o *bullying* psicológico<sup>(3)</sup>. Los estudiantes distinguen conductas docentes dirigidas hacia ellos que pueden categorizarse como de cuidado y también conductas de descuido<sup>(37)</sup>. Es fundamental que el profesor modele en el estudiante relaciones pedagógicas de cuidado humanizado, con afecto, responsabilidad, intuición moral, franqueza, autocrítica y comprensión pedagógica de sus necesidades<sup>(38)</sup>. Cuando docentes buscan humanizar la formación, potencian una postura pedagógica horizontal de diálogo y reflexión, donde el estudiante se involucra activamente en su formación<sup>(39)</sup>.

La incorporación explícita de la relación terapéutica y práctica reflexiva en el currículum, promueve que los estudiantes desarrollen competencias más complejas para dar respuesta a situaciones de salud inciertas, que Schön<sup>(40)</sup> identifica como zonas pantanosas del actuar profesional, sin respuestas estandarizadas, sino reflexivas, disminuyendo la brecha teoría-práctica<sup>(41)</sup>. Promover espacios crítico-reflexivos, basados en el diálogo y la autonomía, generan una relación de confianza<sup>(42)</sup>.

La formación ética es una necesidad que no puede limitarse a producir y distribuir conocimientos y competencias, dado que se percibe el conflicto ético como un problema de interrelaciones con otros. La literatura internacional menciona la relevancia de desarrollar la “competencia ética” como necesidad transversal, que incluye la percepción ética, la reflexión ética y el comportamiento ético, todos complejos de precisar, dependiendo de la perspectiva que se considere<sup>(43)</sup>.

Frente a la necesidad de los estudiantes de reconocer situaciones con las que se ven superados en términos emocionales, técnicos o éticos, las competencias éticas con decisiones razonadas y razonables pueden ser una oportunidad<sup>(41)</sup>. El profesor de enfermería se relaciona con la ética como educador, para conducir y modelar la conducta de sus estudiantes y como profesional para enseñar, entrenar y habilitar.

Frente al desafío de humanizar a las universidades, planteado por las profesoras, la universidad debe desarrollar políticas y programas que fomenten el desarrollo de las personas, el pensamiento crítico y la responsabilidad social, centrados en la realidad personal de cada estudiante y en el contexto social, siendo el fin el bien común<sup>(44)</sup> que incluye a toda la comunidad educativa. La universidad debe convertirse en un modelo de autocuidado, representado por sus estudiantes y profesores<sup>(45)</sup>.

La principal limitación del estudio fue la participación de solo dos estudiantes de último año de enfermería por incompatibilidades horarias. Haber dispuesto de mayor flexibilidad en los lugares u horarios de la realización de grupos, hubiese permitido mayor participación de los

estudiantes con más experiencia, enriqueciendo la investigación.

## CONCLUSIONES

Abordar las necesidades de estudiantes y docentes de enfermería para una formación más humanizada permitió construir 6 dimensiones integradas por 15 unidades de significado que permiten señalar que existe la necesidad de fortalecer programas de acompañamiento estudiantil, desde ámbitos académicos y psicosociales, que favorezcan mecanismos de apoyo institucional, pertinentes a las necesidades generacionales de los jóvenes en formación.

Se requiere de esfuerzos personales, colectivos e institucionales para potenciar una cultura de buen trato y cuidado humanizado, desde y hacia todos los actores del proceso educativo, con estrategias de formación, junto al mejoramiento de las condiciones laborales de la Institución, que favorezca estilos de vida saludables y sean motivadores para el desarrollo de la comunidad universitaria.

## REFERENCIAS

1. Meleis AI. *Theoretical nursing Development & progress*. 5ª ed. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012. 672 p.
2. Watson J. *Watson's theory of human caring and subjective living Experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice*. *Texto Context Enferm*. 2007; 16(1): 129-35.
3. Budden LM, Birks M, Cant R, Bagley T, Park T. Australian nursing students experience of bullying and/or harassment during clinical placement. *Collegian*. 2017; 24(2): 125-133.
4. Medina JL. *La pedagogía del cuidado: Saberes y práctica de la formación de profesionales de enfermería*. 1ª ed. Santiago: Universitaria; 2017. 366 p.
5. Tee S, Özçetin YS, Russell-Westhead M. Workplace violence experienced by nursing students: A UK survey. *Nurse Educ. Today*. 2016; 41: 30-35.
6. Hakojärvi HR, Salminen L, Suhonen R. Health care students' personal experiences and coping with bullying in clinical training. *Nurse Educ. Today*. 2014; 34(1): 138-44.
7. Scott KM, Caldwell PH, Barnes EH, Barrett J. "Teaching by humiliation" and mistreatment of medical students in clinical rotations: a pilot study. *Med J Aust*. 2015; 203(4): 185-91.
8. Freitas FD, Ferreira MA. Humanization knowledge of undergraduate nursing students. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [citado 29 ago 2019]; 69 (2): 261-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690211i>
9. Waldow VR. Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado. *Aquichán*. 2009; 9(3): 246-56.
10. Moreno-Fergusson ME. Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería. *Aquichán*. 2013; 13(2): 146-7.
11. Bermejo-Higuera J. Humanización en salud. Ejes de la acreditación [Internet]. 2012 [citado 28 mar 2015]. Disponible en <http://www.acreditacionensalud.org.co/seguridad.php?IdSub=190&IdCat=84>
12. Sanhueza Alvarado O. Práctica reflexiva en Enfermería y humanización del cuidado. *Rev Iberoam Educ investi Enferm* [Internet]. 2018

- [citado 2 sep 2019]; 8(4): 4-6. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/287/practica-reflexiva-en-enfermeria-y-humanizacion-del-cuidado/>
13. Correa ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Rev Cuid* [Internet]. 2016 [citado 2 dic 2017]; 7(1): 1227-31. Disponible en: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>
  14. Espinosa AÁ, Enríquez GC, Leiva AF, López AM, Castañeda RL. Construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado en enfermería. *Cienc enferm* [Internet]. 2015 [citado 2 dic 2017]; 21(2): 39-49. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000200005>
  15. Ariza-Olarte C. Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. *Enferm Universitaria* [Internet]. 2012 [citado 2 dic 2017]; 9(1): 41-51. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632012000100006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000100006&lng=es&tlng=es)
  16. Canales-Vergara M, Valenzuela-Suazo S, Paravic-Klijn T. Condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en Chile. *Enferm Universitaria*. 2016; 13(3): 178-86.
  17. Angrosino M. *Etnografía y Observación Participante en Investigación Cualitativa*. 1ª ed. Madrid: Morata. 2012. 144 p.
  18. Gibbs GR. Different Approaches to Coding. *Sociol Methodol* [Internet]. 2012 [citado 5 jul 2019]; 42(1): 82-84. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0081175012460853>
  19. Ezekiel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos [Internet]. 2005 [citado 20 may 2018]. Disponible en: [https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion\\_temas/investigacionEnsayosClinicos/Emanuel\\_Siete\\_Requisitos\\_Eticos.pdf](https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/investigacionEnsayosClinicos/Emanuel_Siete_Requisitos_Eticos.pdf)
  20. Lincoln YS; Guba EG. *Naturalistic inquiry*. 1ª ed. New York: Sage; 1991. 416 p.
  21. Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Cienc enferm* [Internet]. 2011 [citado 28 mar 2019]; 17(3): 11-22. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>
  22. Arias MM, Bello V, Pérez G. Disposición de los docentes hacia la comunicación con el estudiantado en un policlínico universitario. *MEDISAN* [Internet]. 2011 [citado 3 sep 2019]; 15(9): 1-6. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192011000900002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000900002)
  23. Ramos FR, Barlem EL, Brito MJ, Vargas MA, Schneider DG, Brehmer LC. Construção da escala brasileira de distresse moral em enfermeiros - um estudo metodológico. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [citado 28 mar 2019]; 26(4): 1-12. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000990017>
  24. Castillo S, Medina J, Faúndez M, Montecinos D. Recorrido de un buen formador de enfermería. La mirada de sus protagonistas. *Cul Cuid*. [Internet]. 2019 [citado 20 jun 2019]; 23(53): 180-89. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.17>
  25. Cuevas MS. La docencia universitaria a través del conocimiento profesional práctico: pistas para la formación. *Sinéctica* [Internet]. 2013 [citado 25 may 2018]; (41): 1-18. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sine/n41/n41a3.pdf>
  26. Rodríguez LM, Morera NM, García PE. El profesor tutor en la Carrera de Enfermería. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2013 [citado 20 mar 2019]; 17(5): 146-60. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942013000500014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000500014&lng=es)
  27. Benner P. *Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional*. Barcelona: Grijalbo; 1987. 336 p.
  28. Salgado J, Valenzuela S, Sáez K. Comportamientos del cuidado percibidos por estudiantes de enfermería y receptores del cuidado. *Cienc enferm* [Internet]. 2015 [citado 3 sep 2019]; 21(1): 69-79. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532015000100007](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000100007)
  29. Moscoso P. Calidad de la docencia en enfermería: un concepto desde la percepción de sus actores. *FEM*. 2013; 16(2): 97-104.
  30. Guzmán-Valenzuela C. Tendencias globales en Educación Superior y su impacto en América Latina: desafíos pendientes. *Lenguas Modernas*. 2017; 50: 15-32.
  31. Ganter R. Consumos culturales juveniles: apuntes y pistas para posibles líneas de investigación en el Chile actual. In: P. Cottet (Ed.). *Juventudes: Metáforas del Chile Contemporáneo*. Santiago de Chile: RIL Ediciones. 2015; 185-218.
  32. Cárdenas NC. Representación de la Acción Política de los Estudiantes Chilenos: Movilización de Significados en Redes Sociales. *Última década*. 2014; 22(40): 57-84.
  33. Duarte C. Sociedades adultocéntricas: sobre sus orígenes y reproducción. *Última década* [Internet]. 2012 [citado 29 ago 2019]; 20 (36): 99-125. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/udecada/v20n36/art05.pdf>
  34. Calvo IM. Humanización del cuidado, vivencias, experiencias y percepciones de personas con enfermedades crónicas en un área sanitaria de la provincia de Sevilla [Internet]. [Tesis Doctoral].

- [España]: Repositorio Universidad de Hueva; 2017 [citado 13 mar 2019]. 255 p. Disponible en: [http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/14775/Humanizacion\\_del\\_cuidado.pdf?sequence=2](http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/14775/Humanizacion_del_cuidado.pdf?sequence=2)
35. Domínguez AC, Kohlen H, Tronto J. El futuro del cuidado. Comprensión de la ética del cuidado y práctica enfermera. 1<sup>ra</sup> ed. Barcelona: San Juan de Dios; 2018. 73 p.
  36. Milos P, Larraín A, Simonetti M. Humanidad y seguridad en la atención del paciente. 1<sup>ra</sup> ed. Santiago: Amolca; 2010. 148 p.
  37. Tejada S, Ramírez EJ, Díaz RJ, Huyhua SC. Práctica pedagógica en la formación para el cuidado de enfermería. *Enferm univ* [Internet]. 2019 [citado 1 oct 2019]; 16(1): 41-51. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632019000100041](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000100041)
  38. Rivera LN, Medina JL. La relación pedagógica estudiante-enfermera: un estudio hermenéutico-fenomenológico. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [citado 13 mar 2019]; 26(2): 1-10. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/es\\_0104-0707-tce-26-02-e00560016.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/es_0104-0707-tce-26-02-e00560016.pdf)
  39. Souza D, Schubert-Backes VM, Delacanal-Lazzari D. Posibilidades en la educación en enfermería: errar, crear y arriesgar. *Enfermería universitaria*. 2017; 14(2): 79-87.
  40. Schön D. La formación de profesionales reflexivos: Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. 2<sup>a</sup> ed. Barcelona: Paidós. 1992. 320 p.
  41. Riksaasen IK. The theory-practice relationship: Reflective skills and theoretical knowledge as key factors in bridging the gap between theory and practice in initial nursing education. *J Adv Nurs* [Internet]. 2012 [citado 9 sep 2019]; 68(4), 868-77. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05789.x>
  42. Flórez-Gutiérrez C, Mayorga-Palacios A, Vargas-Escobar LM. La práctica formativa como escenario de aprendizaje significativo del cuidado de enfermería. *Rev Colomb Enferm* [Internet]. 25 abr 2017 [citado 4 sep 2019]; 14 (12): 93-03. Disponible en: <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/article/view/2031>
  43. Lechasseur K, Caux C, Dollé S, Legault A. Ethical competence: An integrative review. *Nurs Ethics* [Internet]. 2018 [citado 9 sept 2019]; 25(6): 694-06. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0969733016667773>
  44. Escobar MP, Franco ZR, Duque JA. El autocuidado: un compromiso de la formación integral en educación superior. *Promoción Salud* [Internet]. 2011 [citado 4 sep 2019]; 16(2): 132-46. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n2/v16n2a10.pdf>
  45. Franco ZR, Duque JA. La bioética y el autocuidado de la salud: imperativos para la formación integral en la universidad. *Acta Bioet* [Internet]. Jun 2015 [citado 4 sep 2019]; 21(1): 37-44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2015000100005>