

### Maestría en Enseñanza Universitaria

Comisión Sectorial de Enseñanza Área Social y Artística Consejo de Formación en Educación

## **TESIS**



La práctica en terreno como espacio de formación: el caso de la práctica hospitalaria del curso de Nutrición Clínica de la Licenciatura en Nutrición

Marta Elichalt

Noviembre, 2012

ISSN: 2393-7378









Lic. Marta Elichalt

### La práctica en terreno como espacio de formación: el caso de la práctica hospitalaria del curso de Nutrición Clínica de la Licenciatura en Nutrición

Universidad de la República Área Social Comisión Sectorial de Enseñanza de la Universidad de la República

Tesis presentada con el objetivo de obtener el título de Magíster en Enseñanza Universitaria en el marco del Programa de Especialización y Maestría en Enseñanza Universitaria del Área Social y de la Comisión Sectorial de Enseñanza de la Universidad de la República

**Tutor:** Dr. Luis Carabajal

Montevideo, 5 de noviembre de 2012

Foto de portada: www.pixels.com







Terminada la tesis y tratando de tomar distancia para poder ver el camino recorrido, es momento de realizar algunos agradecimientos a distintas personas que han influido positivamente para que esta investigación se concretara.

Quiero agradecer al Profesor Luis Eduardo Carbajal por su orientación en la elaboración de la tesis, desde la construcción del problema a partir de mis ideas iniciales hasta el análisis con ricas conversaciones. Además de la tutoría en la investigación, me mostró desde su papel como tutor un modelo docente a imitar. Sus cuidadosos aportes, el respeto y confianza por mi trabajo, la generosidad para compartir sus conocimientos y experiencias contribuyeron también a mi formación docente.

Los estudiantes que cursaron en 2009 Nutrición Clínica fueron un pilar fundamental; les agradezco a todos aquellos que respondieron amablemente la encuesta, destinando tiempo incluso a posteriori de instancias de evaluación del curso. Particularmente recuerdo a los estudiantes a quienes les realicé las entrevistas en profundidad, por sus francos aportes, confiando en que sus ideas pudieran contribuir a mi objetivo y también a mejorar la enseñanza de la que se beneficiarían nuevas generaciones.

Agradezco a los docentes del Departamento de Nutrición Clínica de la Escuela de Nutrición y Dietética por la generosidad al aceptar que la práctica hospitalaria fuera el objeto de estudio de esta tesis, y brindarme todo el apoyo para coordinar los momentos de encuentro con los estudiantes.

La colega Maryele Grosso aportó toda su experiencia y ecuanimidad en la lectura del capítulo correspondiente al análisis cuantitativo; su lectura fue importante para ofrecer una mirada externa a la discusión de los resultados.

Fue muy importante el aporte que me realizó la Licenciada en Lingüística Mónica Méndez. Su aguda mirada en la corrección de la tesis y sus aportes constituyeron una fuente de aprendizaje y motivación para mejorar mi comunicación escrita.

A mi hija más pequeña, Isabel Fleitas, le agradezco muchísimo el haberme ayudado en la desgrabación de las entrevistas.

Mi familia, esposo e hijas Inés e Isabel, me acompañaron con paciencia en esta etapa de estudiante, respetando mis intereses, que es una de las mejores formas de demostrarme su cariño. Hubiera sido muy dificultoso llegar hasta aquí sin su comprensión y compañía, las que sentí que tuve siempre.





A mis padres, por inculcarme que la educación es un camino de superación personal que otorga felicidad al recorrerlo. También por hacerme sentir una persona importante en sus vidas, amor que me da energía para seguir proponiéndome desafíos.





#### Resumen

Esta investigación se ubica en el terreno de la didáctica universitaria y planteó como objetivo estudiar la adecuación entre la formación de las competencias requeridas por la disciplina nutrición clínica para la atención nutricional hospitalaria y la experiencia de formación en la práctica hospitalaria correspondiente al curso Nutrición Clínica de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad de la República.

En cuanto a la metodología, el estudio cuantitativo se basó en una encuesta realizada a todos los estudiantes del curso del año 2009. El análisis se centró fundamentalmente en la formación de competencias de dimensión técnica, humanística y procesal, el nivel de comprensión de los estudiantes de algunas actividades asignadas en la práctica, identificar estrategias metodológicas en el plan de trabajo propuesto al estudiante y determinar el conocimiento que tenía el estudiante de la atención nutricional hospitalaria. En el estudio cualitativo, a través de entrevistas se analizó la valoración estudiantil sobre la práctica como espacio de formación.

Como resultado se destaca que la práctica fue real en la búsqueda inicial de información, pero no en la ejecución del tratamiento nutricional. Fue restringida la formación para la comunicación oral y escrita, el trabajo en equipo, la ejecución del tratamiento intrahospitalario y el monitoreo. La baja interacción de los estudiantes con la atención hospitalaria y los futuros colegas refleja debilidades de la práctica como enseñanza situada. Algunas actividades no fueron comprendidas totalmente por los estudiantes. Según estos la práctica les permitió ingresar a un mundo y rol inéditos, probarse, contextualizar el saber, comprender y formarse integralmente. Confrontaron lo que consideraban un modelo ideal de desempeño profesional con las experiencias de sus prácticas. Concuerdan en que primero deben conocer la teoría y luego realizar la práctica y evaluaron insuficiente la duración del curso y de la práctica. Advirtieron la ausencia de un docente que actuara como modelo para el desempeño y que los orientara técnica y afectivamente. La actitud para afrontar las dificultades los llevó a generar estrategias de aprendizaje autorregulado.

Se concluye que la formación de competencias en la práctica no estuvo acorde a un nivel avanzado de la carrera. Se podría potencializar la enseñanza si se integraran la nutrición normal y clínica e incorporaran prácticas tempranas. El curso práctico requeriría recuperar conocimientos previos, potenciar el aprendizaje con un trabajo entre pares y aumentar la interacción con el contexto real. Los docentes deberían generar experiencias de andamiaje en terreno, a fin de facilitar el aprendizaje en las competencias requeridas.

Palabras claves: formación de competencias, nutrición clínica, práctica hospitalaria.





#### **Abstract**

This research, that can be placed in the field of University Didactics, aims to study the adequacy between the skills required for hospital nutrition care in the discipline of Clinical Nutrition and the hospital practice learning experience of the Clinical Nutrition course at the advanced level of the University of the Republic BS in Nutrition.

With reference to methodology, the quantitative study was based on a survey posed to all course students in 2009. The analysis focused mainly on both the development of technical, humanistic and procedural skills and the understanding acquired by students through the performance of certain activities in practice. It also aimed at identifying methodological strategies in the work plan proposed to students and determining students' knowledge of hospital nutritional care as well. In the qualitative study, students were interviewed in order to analyse their assessment of practice as a training opportunity.

As a result, it could be determined that even though practice was real regarding the initial search for information, it was not in connection with the provision of nutritional treatment. Training in oral and written communication, team work, intrahospital treatment and monitoring were limited. Low interaction of students with hospital care and future colleagues reflects the weakness of practice understood as situated teaching. Certain activities were not quite understood. According to students, practice allowed them to enter a world and role unknown until then, test themselves, contextualize knowledge, understand, and receive comprehensive training. They confronted what they deemed as an ideal model for professional performance with the experience gained in practice. Students agreed that in the first place they should get to know the theory and then carry out the practice; they also found insufficient both the course duration and practice. They noticed the absence of a teacher that acted as a model of professional performance and who provided them with technical and emotional orientation. The attitude towards difficulties furthered the generation of self-regulated learning strategies.

It is concluded that skill formation was not in line with an advanced educational level. Teaching should be leveraged by both integrating normal and clinical nutrition and incorporating early practice experiences. The practical course would require to recover previous knowledge, boost learning through peer-to-peer work, and increase interaction with real context. Teachers should generate underpinning experiences in the field in order to facilitate learning of required skills.

**Keywords:** skill formation, Clinical Nutrition, hospital practice.





### Índice

1. lr	ntroducción	7
1	.1 Antecedentes del problema	7
	.2 Justificación	
	.3 Formulación del problema	
	.4. Objetivos e hipótesis	
	1.4.1 Objetivo general	
	1.4.2 Objetivos específicos	
1.	.5 Orientación al lector	
2. N	larco Teórico	14
2	.1 La educación superior y la formación profesional	14
	2.1.1 Tensión entre el papel de la educación superior y la pertinencia social en la forma	
	2.1.2 Definición y clasificación de competencia	
	2.1.2.1 Precisiones terminológicas	
	2.1.2.2 Etapas en la formación de competencias profesionales	
	2.1.3 Condiciones para la formación de competencias como propuesta innovadora en	
	enseñanza superior	22
	2.1.4 Alternativa en el enfoque de la educación superior	
	2.1.5 Competencias en nutrición clínica para el desempeño hospitalario	
	2.1.5.1 Dimensión técnica	
	2.1.5.2 Dimensión humanística	
	2.1.5.3 Dimensión procesal	37
2	.2 La enseñanza y el aprendizaje en las prácticas en terreno	42
_	2.2.1 El valor de la práctica y su relación con la teoría	42
	2.2.2 Las prácticas en terreno y la enseñanza situada	
	2.2.3 El profesor y el estudiante	
	2.2.3.1 El profesor y la enseñanza	
	2.2.3.2 Los modelos de actuación	
	2.2.4 El estudiante y el aprendizaje	49
	2.2.4.1 El impacto afectivo de las prácticas en terreno	
3. N	larco Contextual	51
3	.1 Factores que influyen en la definición de competencias del Licenciado en Nutrición en e	el .
	ampo de la atención nutricional hospitalaria	51
	3.1.1 Atribuciones del Licenciado en Nutrición en el MERCOSUR	51
	3.1.2 Demandas en la formación de recursos humanos del área salud	54
	3.1.3 El contexto y la modalidad de desempeño del Licenciado en Nutrición en el camp	
	hospitalariohospitalario	33
3	.2 El plan de estudios y la formación en nutrición clínica	57
	3.2.1 La formación en nutrición y dietética en la UdelaR: historia de los títulos	
	3.2.2 El plan de estudios de la Licenciatura en Nutrición y el perfil de egreso	
	3.2.2.1 La práctica pre-profesional en la atención nutricional en la hospitalización	
	3.2.2.2 El curso Nutrición Clínica	
4. N	letodología	66
	.1 Variables que miden la formación de competencias en las dimensiones humanística, téo procesal	





	4.2 Variables que miden: el nivel alcanzado por los estudiantes en la comprensión de algun actividades y la presencia de dispositivos metodológicos que se revelan en el plan de traba	
	propuesto al estudiante	69
	4.2.1 Nivel de comprensión en las actividades	
	4.2.2 Presencia de algunos dispositivos metodológicos	69
	4.3 Variable que mide el grado de interacción entre las actividades desarrolladas en la prác	
	y el contexto hospitalario en la atención nutricional	70
	4.4 Categorías de análisis que surgieron del estudio cualitativo	72
5	. Resultados	75
	5.1 Resultados y discusión del estudio cuantitativo	75
	5.1.1 Formación de competencias en las dimensiones humanística, técnica y procesal	
	5.1.2 Nivel alcanzado por los estudiantes en la comprensión de algunas actividades y	
	presencia de dispositivos metodológicos en el plan de trabajo propuesto al estudiante.	84
	5.1.3 El grado de interacción entre las actividades desarrolladas en la práctica y el cor	
	hospitalario en la atención nutricional	
	5.1.4 Discusión del estudio cuantitativo	89
	5.2 Resultados y discusión del estudio cualitativo	
	5.2.1 La práctica hospitalaria	
	5.2.1.1 El desempeño del estudiante y su relación con el paciente, la salud y la enferm	
	5.2.1.2 La nutrición clínica en el desempeño profesional	
	5.2.1.3 La legitimación del quehacer	
	5.2.1.4 Los vínculos con otros actores	
	5.2.1.5 El hospital	
	5.2.2 Teoría y práctica en la experiencia	114
	5.2.2.1 La enseñanza y el aprendizaje	
	5.2.2.2 Práctica real y virtual	
	5.2.2.3 La interrelación entre componentes de formación del curso Nutrición Clínica	
	5.2.2.4 El tiempo	
	5.2.3 Papel del estudiante y el profesor en la práctica hospitalaria	
	5.2.3.1 Los estudiantes y el aprendizaje	
	5.2.3.2 Et profesor y la eriseriariza	120
	5.3 Puntos en común entre los resultados del estudio cualitativo y cuantitativo	133
	5.3.1 El proceso de atención nutricional como experiencia en la formación de	
	competencias: desde una práctica virtual a una práctica real en terreno	
	5.3.2 La práctica hospitalaria como experiencia situada o en contexto	
	5.3.3 De la acción a la comprensión de significados de la acción	136
6	. Conclusiones y recomendaciones	137
	6.1 Conclusiones	137
	6.1.1 Fortalezas de la práctica hospitalaria como espacio de formación	137
	6.1.2 Debilidades de la práctica hospitalaria como espacio de formación	138
	6.2 Recomendaciones	141
P	Referencias bibliográficas	145
•	Cicronolas bibliogranicas	
Δ	aneyos	151







#### 1. Introducción

#### 1.1 Antecedentes del problema

La pertinencia de lo que se enseña se discute en el escenario universitario entre opuestos, por un lado, la formación académica, distanciada del valor instrumental de los conocimientos, y, por otro, la formación laboral, que prioriza criterios pragmáticos de utilidad. Esto crea una tensión entre la institución educativa y el mundo del trabajo. Sin embargo, entre estos polos surge un paradigma alternativo que contempla las necesidades sociales y las atribuciones inherentes a los títulos universitarios y permite maximizar las oportunidades de emancipación personal, explotar todos los recursos cognitivos y personales e incorporar a la enseñanza la *metacomprensión*<sup>1</sup> y la *metacrítica*.<sup>2</sup>

La "lucha/tensión" entre la institución educativa y las organizaciones laborales está presente en la formación profesional. La práctica social es una instancia importante para la problematización y resignificación de saberes; si solo existen instancias que conducen a la abstracción y la descontextualización en el aprendizaje, se promueven conocimientos inertes, poco útiles, escasamente motivantes y de relevancia social limitada (Díaz Barriga, 2003).

Considerando estos aspectos, resulta importante estudiar las prácticas, que se llevan a cabo en contextos reales de desempeño, como espacios de formación técnica y de socialización insustituibles. Estos escenarios tienen un valor trascendente para las carreras del área salud, por las características de los vínculos interpersonales que requieren, el impacto afectivo que provocan y las repercusiones que tiene el producto de la intervención para los implicados.

Esta investigación se centra en un caso de práctica hospitalaria, concretamente del curso Nutrición Clínica<sup>3</sup> de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad de la República (UdelaR). Dicha práctica se realiza en centros hospitalarios en el penúltimo año de la licenciatura.

Este trabajo revisa asuntos relativos a la didáctica de las prácticas en terreno, particularmente las del área salud en el ámbito hospitalario, y pone en consideración cuestiones propias de la educación superior y de este campo disciplinar:

el perfil de egreso al que se aspira, las actividades que debe realizar el Licenciado en

<sup>3</sup> Corresponde al nombre sintético del curso Nutrición en Enfermedades Médicas y Quirúrgicas.





<sup>1</sup> Barnett (2001) considera que la *comprensión* es un concepto fundamental en la educación superior y la define como "un estado mental que satisface ciertos tipos de criterios demandantes". La metacomprensión, entonces, alude a la posibilidad de evaluar las comprensiones pasadas.

<sup>2</sup> Metacrítica es una forma de autosupervisión continua, en donde cada sujeto es capaz de someterse a su propia evaluación. La metacrítica es requisito para un proceso de emancipación (Barnett, 2001).

Nutrición, la definición de competencias y organización de las acciones educativas acordes a cada momento curricular con sentido de integralidad y coherencia en el plan de estudios (Carbajal, 2008)

- la relación teoría-práctica como dinamizadora de estrategias alternativas a la enseñanza rutinaria y al desarrollo de aprendizajes orientados a la construcción del conocimiento (Lucarelli, 2004)
- la formación de competencias, requeridas por un pensamiento de orden superior, que trasciendan el saber hacer e incorporen la comprensión, la elaboración de juicios y valores en el contexto de la lectura de una situación (Barnett, 2001)
- el vínculo del desempeño profesional con el contexto externo –políticas y sistemas de salud, problemas de salud, desarrollo industrial y tecnológico, formación profesional– e interno –el trabajo en equipo, la toma de decisiones, la cogestión–. Estos factores contribuyen a definir las necesidades en la formación, ya que en buena medida influyen sobre el desempeño profesional.

#### 1.2 Justificación

La importancia del tema de estudio se asienta en diversos planos:

a- La preocupación existente por el mejoramiento de la calidad de la educación universitaria, que se debe, entre otros, a la masificación en los cursos y a la pérdida de significación de los aprendizajes. La Ordenanza de Estudios de Grado de la UdelaR<sup>4</sup> establece en el Capítulo II las disposiciones generales y específicas para los Estudios de Grado. En la Sección II, correspondiente a las orientaciones curriculares, se expresa que los planes de estudios deberán considerar ciertos criterios.<sup>5</sup> Para esta investigación serán pertinentes principalmente los criterios: integración disciplinaria y profesional, articulación teoría-práctica y atención a la formación general.<sup>6</sup>

b- La Evaluación Institucional<sup>7</sup> realizada en la Escuela de Nutrición y Dietética recomienda en relación con la función de enseñanza en el grado incorporar más espacios curriculares dedicados

<sup>7</sup> Informe de autoevaluación de la Escuela de Nutrición y Dietética. Comisión de evaluación institucional. Aprobada por la Comisión Directiva. Res. Nº 7. Octubre 2008.





<sup>4</sup> Resolución  $N^{\circ}$  3 del CDC [Consejo Directivo Central] de fecha 2 de agosto de 2011; No. 4 del 30 de agosto de 2011. Publicado en el D.O. [Diario Oficial] el 19 setiembre de 2011

<sup>5</sup> En la Sección II se especifican los criterios de orientación que deben seguir los planes de estudio: flexibilidad curricular, articulación curricular, integración de funciones universitarias, integración disciplinaria y profesional, articulación teoría-práctica, atención a la formación general y asignación de créditos.

<sup>6</sup> La integración disciplinaria y profesional refiere a incorporar experiencias de formación orientadas a abordajes multidisciplinarios y multiprofesionales en espacios controlados y en contextos reales de prácticas. La articulación teoría-práctica se define como una integración equilibrada de los componentes de formación teoría y práctica. Por último, la atención a la formación general implica considerar los conocimientos científico-culturales que se entienden imprescindibles para los procesos de aprendizaje en el nivel superior y que pueden involucrar experiencias y contenidos transversales al currículo (formación social, ética, medio ambiental, comunicacional).

a experiencias de aprendizaje fuera del aula<sup>8</sup> que impriman un cambio metodológico en la formación del Licenciado en Nutrición. Este es un reclamo expresado por todos los actores universitarios: docentes, estudiantes y egresados. Aunque el actual plan de estudios (1998) incorporó talleres interdisciplinarios con la intención de dinamizar la metodología de enseñanza y buscar mayor interdisciplinariedad, se advierte que mantuvo la tendencia a la fragmentación del conocimiento, a un tardío e insuficiente trabajo en terreno y a una enseñanza predominantemente tradicional en aula.

- c- Se está en la fase final de formulación de un nuevo plan de estudios, en el cual se pretenden revertir las debilidades del vigente. La fase de implementación requerirá por parte del cuerpo docente la reflexión acerca de cómo se enseña. Esta investigación pretende brindar insumos para pensar la práctica como un espacio de aprendizaje insustituible; no como complemento de la teoría, sino desde una postura dialéctica que entiende que la teoría y la práctica son momentos interdependientes en la construcción del conocimiento.
- d- Existe insuficiente información respecto a la enseñanza de competencias en las carreras universitarias y, en particular, en la Licenciatura en Nutrición.
- e- El curso Nutrición Clínica, de duración semestral, está integrado por teóricos, prácticos de aula, ateneos, práctica de campo, particularmente, en un hospital. Esta última tiene una tradición en los diferentes planes de estudio que ha orientado la formación profesional. En la carrera, es una de las que tiene mayor permanencia acompañando un curso teórico, excluyendo la práctica preprofesional del último año. Además, al estar ubicada en el nivel avanzado en el plan de estudios, permite recoger la historia de formación y el nivel alcanzado previo al ingreso a la práctica preprofesional. Es una práctica particularmente compleja e interesante debido a los componentes cognitivos, procedimentales y afectivos que involucra.

En el presente estudio se aborda:

- 1- la adecuación de los conocimientos aplicados en la práctica en terreno de acuerdo con:
  - el nivel de desarrollo de las competencias que implican un pensamiento de orden superior, acorde a la disciplina en cuestión, agrupadadas en las dimensiones técnica,

<sup>8</sup> Informe de autoevaluación de la Escuela de Nutrición y Dietética. En la función de Enseñanza en el grado recomienda: "elaborar un nuevo Plan de Estudios más flexible que contemple los créditos curriculares, la inserción temprana y mayor carga horaria en las prácticas, la búsqueda de nuevos espacios para la práctica pre-profesional, articular la enseñanza de grado con la extensión, la investigación y el postgrado, potencializar la interdisciplinariedad, desarrollar una metodología que favorezca la autonomía de los estudiantes, incrementar y sostener los vínculos con el interior y las sedes universitarias, menor carga horaria para los contenidos teóricos, incorporar cursos optativos y nuevas forma de evaluación de los aprendizajes" (p. 146).





humanística y procesal

- el nivel de la carrera en que se encuentran los estudiantes: nivel avanzado
- 2- el nivel de comprensión de los estudiantes de algunas de las actividades realizadas en la práctica y, por otro lado, la identificación de componentes de orden metodológico facilitadores del aprendizaje
- 3- la valoración de la práctica hospitalaria como una práctica situada, en la que el ambiente humano, físico, organizacional— se integra desde la realización de un trabajo de deformación-reformación permanente que los conocimientos aplicados imponen (Andreozzi, 1998).
- 4- la valoración realizada por los estudiantes en relación con sus experiencias, los requerimientos en la formación profesional y su proyección para el futuro desempeño en el campo de práctica hospitalaria

#### 1.3 Formulación del problema

La investigación pretende conocer si existe adecuación entre las competencias requeridas en nutrición clínica para la atención nutricional hospitalaria y la experiencia de formación durante el curso Nutrición Clínica.

Surgen algunas interrogantes que motivan el estudio:

- ¿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?

Considerando los elementos antes expuestos, el problema se define en los siguientes términos:

Mostrar en qué medida lo que el estudiante hace, piensa y experimenta en la práctica hospitalaria





del curso Nutrición Clínica responde adecuadamente a las competencias requeridas en la atención nutricional hospitalaria, teniendo en cuenta el nivel de formación en el que se encuentra el estudiante (avanzado) y el ámbito particular en el que se despliega la disciplina nutrición clínica (ámbito hospitalario).

#### 1.4. Objetivos e hipótesis

Las siguientes hipótesis constituyen un puente entre la base teórica y la investigación que permite sistematizar, generalizar e interpretar los resultados:

- 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.
- ii. la práctica hospitalaria estudiantil presenta debilidades en el aprendizaje de todas las etapas del proceso de atención nutricional
- iii. 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.
- iv. el proceso de atención nutricional desarrollado en la práctica presenta bajo nivel de interacción con el proceso de atención hospitalario como contexto real.

#### 1.4.1 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.

#### 1.4.2 Objetivos específicos

- 1- Identificar los conocimientos aplicados, los métodos y técnicas experimentados por los estudiantes en el proceso de atención nutricional en la hospitalización
- 2- 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
- 3- Identificar el nivel de comprensión alcanzado por los estudiantes en algunas de las actividades realizadas
- 4- 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





5- Evaluar algunos factores que muestran interacción de las actividades en la práctica con el contexto y la cultura hospitalarios como indicador de enseñanza situada

6- Conocer la valoración que realizan los estudiantes de la práctica como experiencia de aprendizaje

#### 1.5 Orientación al lector

La investigación se ubica en el terreno de la didáctica universitaria. En búsqueda de una mayor comprensión acerca de cómo se desarrollan algunos espacios de enseñanza y aprendizaje en la formación profesional, me centro dentro del área salud en un campo particular: el alimentarionutricional.

Esta tesis plantea la necesidad de atender 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).

Las actividades implicadas en el proceso de atención nutricional en clínica sirvieron como base para ordenar este trabajo. Como punto de partida identifiqué las competencias que requiere el desempeño de esas actividades y las agrupé en las dimensiones técnica, humanística y procesal.

Evalué la práctica estudiantil mediante un estudio cuantitativo a través de una encuesta individual, en la que indagué los niveles de suficiencia y adecuación alcanzados por los estudiantes en el uso de las técnicas, métodos y fuentes de información, los roles que predominaron en la comunicación establecida con los diversos actores, el nivel de comprensión de ciertas actividades y la presencia de algunos dispositivos metodológicos que contribuyeran a facilitar la comprensión del proceso de atención nutricional.

Asimismo, estudié el papel que ha ocupado el hospital y en qué medida la atención nutricional llevada a cabo por el estudiante se vincula con la atención nutricional hospitalaria.

Para potenciar el estudio cuantitativo, realicé entrevistas en profundidad para conocer cómo valoran la experiencia de aprendizaje los estudiantes y, así, ahondar en la cuestión desde la mirada estudiantil con un análisis cualitativo de los discursos.

Los tres núcleos centrales del análisis de estos discursos son i) la práctica hospitalaria: el desempeño estudiantil y su relación con el paciente, la salud y la enfermedad; la nutrición clínica





en el desempeño profesional; la legitimación del quehacer; los vínculos con otros actores; el hospital. ii) la teoría y la práctica: la enseñanza y el aprendizaje; la práctica real y virtual, la interrelación entre componentes de formación del curso Nutrición Clínica, el tiempo. iii) papel del estudiante y el profesor en la práctica hospitalaria: los estudiantes y el aprendizaje; el profesor y la enseñanza.

En la exposición de los resultados, también presento los puntos en común entre el estudio cualitativo y el cuantitativo que permiten arribar a una visión integral de este espacio de aprendizaje.

Finalmente, expongo las conclusiones referidas a la práctica hospitalaria del curso Nutrición Clínica como espacio de formación y las sugerencias vertidas en varios planos: el plan de estudios, la práctica en terreno como dispositivo metodológico y la práctica hospitalaria inscripta en el curso Nutrición Clínica.





#### 2. Marco Teórico

#### 2.1 La educación superior y la formación profesional

#### 2.1.1 Tensión entre el papel de la educación superior y la pertinencia social en la formación

En sus orígenes, una de las funciones de la Universidad fue buscar vocaciones para la burocracia y la medicina, así como aportar las habilidades que estas requerían. A fines del siglo XIX y XX las funciones del conocimiento estaban monopolizadas por la clase académica. Esa distancia entre el mundo académico y la sociedad produjo nuevas percepciones sobre las prácticas de formación en sus diferentes dimensiones y niveles y dio origen a una nueva interacción entre la formación profesional y el mundo laboral. Esta orientación del nuevo papel de la universidad hacia fines del siglo XX, fue promovida por 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).

En el papel dado a la enseñanza en las universidades primaba la necesidad de desarrollar mejores calificaciones y recursos humanos más creativos con facilidad para la adaptación, debido a la diversidad de formaciones, titulaciones, sistemas de calificación y organización de prácticas, así como a las competencias diversas del mundo globalizado. En 1998 con la declaración de Sorbona y en 1999 en Bolonia 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 de estas transformaciones era la movilidad, diversidad y competitividad, con la finalidad de incrementar el empleo en la Unión Europea y convertir el sistema europeo de formación en un polo de atracción mundial para estudiantes y profesores. El problema de la educación parecía remitirse al funcionamiento del mercado de empleo y la forma en que en una economía capitalista se moviliza la fuerza de trabajo.

América Latina se integró en el año 2000 a 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, con el control del currículum y la enseñanza. Este nuevo papel en la educación superior reivindicó el desarrollo de capacidades y saberes en los estudiantes para actuar efectivamente en diversos escenarios sociales. Factores como la globalización, el progreso tecnológico y la sociedad del conocimiento hicieron que las economías exigieran el desarrollo de profesionales que respondieran adecuadamente a estos. Los argumentos de tales exigencias se apoyaron en la necesidad de la innovación en la enseñanza superior.





La crítica a este enfoque se centra en que lleva exclusivamente al desarrollo de habilidades operativas e instrumentales, propias de las características, requerimientos y tareas laborales inmediatas, y, de esta forma, se restringe el potencial emancipatorio de la educación. Desde esta perspectiva parece acotarse el margen para la interpretación personal y contextual, la reflexión, la crítica, las resistencias y conflictos, que son los que habilitan a la aplicación no rutinaria de acciones, reglas y procedimientos requeridos en los problemas a abordar como profesionales.

Frente a esta tensión entre enfoques del papel de la educación, cabe reflexionar sobre la evidencia existente respecto a que el mundo del trabajo puede constituirse en un hecho educativo y un espacio de creación. Sin embargo, los esfuerzos por construir un diálogo con la educación se chocan con perspectivas reduccionistas que asocian el trabajo al empleo y la educación a las aulas y que obstaculizan la relación entre acción y reflexión. El trabajo se concibe como el reino del hacer y la educación el del intelecto; la acción es vista como la aplicación de la idea, y el saber es reducido a su expresión objetiva en términos de leyes y teorías que explican un mundo que aparece como dado. Es importante distinguir qué se entiende por saber y su vinculación con el desempeño de una profesión en un contexto laboral dado. Según Barbier (1996, citado por Spinosa, 2006: 4-5) se pueden distinguir:

- el saber referido a los conocimientos, entendido como saberes sobre la realidad social o natural, que se hallan objetivados y constituyen corpus de saberes organizados formulados como conceptos y teorías. Se objetivan en el acto de expresión del sujeto que lo hace.
- el saber como capacidad de intervenir, que se manifiesta en el sujeto transformando la realidad. Se expresa en actos. Está constiuido por habilidades, destrezas, acciones que se vinculan con conceptos o enunciados pero no quedan limitados a ellos en la medida que se verifican con criterios de eficiencia y no de verosimilitud como lo es en el caso de los conceptos.
- el saber para dar cuenta de la capacidad de enfrentarse a situaciones de conflicto en las
  que se requiere la toma de decisiones sobre una acción. Estos saberes pueden
  denominarse "saberes de situación" y los valida la pertinencia al contexto de intervención.
  Están marcados por la capacidad para dar significado a indicios, interpretar la situación y
  decidir la realización de una acción frente a un repertorio posible de acciones conocidas,
  recabadas en situaciones particulares.

Los tres saberes se hallan en estrecha relación y no es posible su análisis independiente en el curso de una acción, ya que se encuentran permanentemente referenciados los unos en los otros. Como vemos el saber adquirido desde el mundo del trabajo no se limita al "saber hacer". La experiencia es formadora de recursos para la acción y no solo la rutinización de actos.





Desde esta concepción del saber, la educación debe habilitar el acceso a diferentes formas de conocimento y de acción o práctica social en forma comprensiva, reflexiva y crítica, socializada y participativa, mediante diversos medios. Esto permitiría generar una articulación e interdependencia entre el saber qué, el saber cómo y el poder hacer.

Frente a la necesidad de que la formación en la educación superior tenga un escenario para el desarrollo permanente del conocimiento, la reflexión crítica y la construcción de nuevos principios sociales inspirados en la democracia, la participación, la tolerancia, el respeto a la diferencia y el disenso, es necesario trascender los marcos de trasmisión desarticulada entre el saber y el hacer. De esta manera, se evitará la reducción que se ha hecho de la enseñanza superior, particularmente en la universidad, a una visión dicotómica propia de la división teoría-práctica, en donde la formación de la competencia académica excluye el desarrollo de capacidades operativas ligadas al campo laboral. Replantear el sentido de los saberes del trabajo al interior del sistema educativo implica necesariamente analizar 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, del aprendizaje, de la comunicación, la evaluación, la orientación en valores y la capacidad crítica.

En el dominio académico, la técnica es una condición necesaria pero no suficiente. Se necesitan otros atributos como 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 sello personal a las cosas. La competencia académica y operacional son reflejo de posiciones ideológicas, reflejan intereses sociales estructurados, constituyen intentos de definición de una actividad social como es la educación superior; ambos quieren explicar una parte de la realidad de una manera que restringe las posibilidades existentes.

#### 2.1.2 Definición y clasificación de competencia

Se pueden reconocer dos puntos de influencia específicos para el empleo del término competencia en educación. Uno proviene del campo de la lingüística y otro del mundo del trabajo.

Este término puede aludir, por un lado, a la atribución o incumbencia y a la solvencia o idoneidad que posee una persona. Por otro lado, en el mundo del trabajo se le concibe como una estrategia para el análisis de tareas. Esto habilita a puntualizar en forma minuciosa los aspectos en los que se debe concentrar el entrenamiento o enseñanza.

Términos como aptitud y habilidad se encuentran relacionados con el de competencia. El primero advierte sobre disposiciones del individuo y el segundo sobre la pericia que se ha desarrollado.





Aunque es dificultosa la conceptualización del término *competencia*, podría considerarse que supone la combinación de tres elementos: una información, el desarrollo de una habilidad y estos puestos en acción en una situación inédita (Díaz Barriga, 2006: 20). Toda competencia contiene una información específica, al mismo tiempo que requiere el desarrollo de ciertas habilidades que se enfrentan a una situación-problema. Es de esta forma que se puede generar la competencia.

Pero también dependiendo desde dónde se posicione el término existen múltiples agrupaciones: las competencias del currículo, las de la formación profesional, las del desempeño profesional (Díaz Barriga, 2006: 21). Las competencias del currículo se categorizan como disciplinares o específicas y transversales o genéricas. Las primeras requieren desarrollar procesos de pensamiento específicos de una disciplina, mientras que las segundas conjugan un enfoque intermultidisciplinario. Estas pueden integrar aprendizajes de varias disciplinas con capacidades genéricas como: comunicarse, trabajar en equipo, capacidad de aprender. Otra perspectiva de la noción de transversalidad es la que requiere la formación de actitudes basadas en los conocimientos, por ejemplo, la perspectiva ambiental, el respeto a los derechos humanos y la educación para la democracia.

Roe (2003, citado por Díaz Barriga, 2006: 27) introduce el concepto *competencias profesionales* y las clasifica según las etapas del proceso de formación. Comienzan en el trayecto del plan de estudios y continúan al egreso desde un nivel inicial hasta uno avanzado.

#### 2.1.2.1 Precisiones terminológicas

Probablemente el mayor aporte en relación con la formación de competencias ha sido poner en el tapete la discusión sobre el sentido del aprendizaje. A continuación intentaré posicionarme sobre algunos términos que serán empleados en el presente estudio.

El quehacer profesional está guiado por el desarrollo de actividades paradigmáticas en los diferentes campos de desempeño. Empleo el término *competencias* para referirme a las capacidades del egresante que le permitirán cumplir eficientemente las actividades atribuidas a su profesión. Las competencias engloban no solo la acción sino la reflexión, valoración y elaboración de juicios, que comprometen pensamientos de orden superior. Cada actividad puede requerir variadas capacidades. El proceso de enseñanza-aprendizaje debe atender la formación de estas capacidades.

Opté por emplear el agrupamiento actividades/competencias<sup>9</sup> para el egresado/egresante<sup>10</sup>

<sup>9</sup> Actividades y competencias son imagen y espejo del quehacer profesional. Las actividades que desempeña el profesional orientan las necesidades de formación de competencias que se expresarán en los objetivos de aprendizaje (Carbajal, 2008:49).





definido por Carbajal (2008: 49). Este permite dar mayor integralidad al desempeño, en la medida que nuclea las actividades y competencias por funciones y, a su vez, estas funciones se ordenan en una supracategoría de dimensiones, según un criterio de afinidad. Este enfoque atiende a la multidimensionalidad de la acción profesional. Así, se distinguen la dimensión técnica, humanística y procesal.

A. La dimensión técnica agrupa las funciones y actividades más regladas y específicas. Se identifica según el 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. Tiene, como hace presumir su denominación, 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.

La función ética alcanza la relación con pacientes y familiares, con sus colegas, así como con otros profesionales o funcionarios de la organización en este caso. El servicio, la solidaridad, la cooperación deberán orientar las acciones. La función vincular pone énfasis en la relación profesional/estudiante-paciente y se extiende a familiares. Si bien la construcción de vínculos puede verse limitada por cortos períodos de hospitalización, la relación debe basarse en la comprensión integral de la situación del enfermo, en sus aspectos biológicos, pero también psicológicos y sociales, y debe respetar costumbres, creencias y diversidad de ideas. Por último, la función grupal se vincula a la impronta del tipo de trabajo profesional que se quiere impulsar y valora la construcción colectiva en el quehacer. Esta alcanza a compañeros, futuros colegas y otros profesionales.

C. La dimensión procesal agrupa las funciones transformativa, metodológica y autognóstica. La función transformativa propone una metodología de la investigación-acción donde la propia práctica constituye un espacio para la creación de conocimientos y, en consecuencia, la transformación de la realidad. La metodológica pretende exponer 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.

La construcción curricular deberá describir las características del egresado en forma detallada, para que oriente las acciones educativas (Carbajal: 2008: 50). Su contribución será no solo definir

10 Egresado es el profesional; egresante refiere al estudiante al momento del egreso (Carbajal, 2008:49).





qué se deberá enseñar, sino reflexionar sobre cómo enseñarlo.

Así, la dimensión humanística debería ser transversal al currículo para capitalizar el aprendizaje basado en vivencias que anticipen situaciones similares a las de la práctica profesional y en estrategias educativas como el aprendizaje entre pares, los trabajos grupales, la interacción con pacientes, colegas y otros actores y la comunidad.

Para contemplar la dimensión técnica se podrán crear al comienzo escenarios simulados y paulatinamente aproximarse a escenarios reales de desempeño profesional, según los diferentes campos de actuación.

En la dimensión procesal es importante la socialización, a través del aprendizaje grupal, de lo que se ha hecho y lo que se está por hacer. Los productos escritos, los diagnósticos de campo, el estudio de problemas, los proyectos de mejora, la experimentación de nuevos métodos e instrumentos contribuirán a su formación.

El perfil profesional que se aspira del Licenciado en Nutrición, así como las actividades modélicas de los diferentes campos de desempeño deberán ser los fundamentos orientadores del plan de estudios, en la medida en que las competencias son las representaciones de las actividades profesionales al interior del currículo.

Para que los objetivos educativos tengan congruencia con las necesidades del campo profesional es clave considerar algunos factores para definir las competencias requeridas.

En primer lugar, es importante que exista una relación válida y efectiva entre las competencias definidas en la formación y las actividades profesionales. Si se formularan competencias que no tuvieran correspondencia con la realidad externa, esto contribuiría a una enseñanza poco fiel a esta realidad. También, si no se consideraran algunas competencias, el profesional se vería sorprendido y estaría obligado a enfrentar la situación por su cuenta.

En segundo lugar, otra cuestión importante es saber que existe una distancia entre la responsabilidad plena de las decisiones que tiene el profesional y la responsabilidad que tiene el estudiante, por lo que siempre existe una brecha entre la formación de competencias y las exigencias en el desempeño profesional. Aunque estas últimas pueden ser aproximadas a través de escenarios reales de enseñanza o, por lo menos, más próximos a los ámbitos de desarrollo laboral.

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).

Por último, no se debe pecar de ingenuo respecto al valor de lo educativo en la formación profesional y el desempeño satisfactorio. Carbajal (2008: 57) cita algunos estudios de Freidson que concluyen que la conducta profesional está más determinada por el contexto que por el alcance de lo formativo.

#### 2.1.2.2 Etapas en la formación de competencias profesionales

Como ya mencioné en párrafos anteriores, la formación de competencias profesionales se lleva a cabo en etapas y no se agota en la formación académica de grado.

La primera etapa básica corresponde a la formación en el trayecto de la carrera de grado. En esta perspectiva, el plan de estudios debe establecer, además de los contenidos básicos que el estudiante debe dominar, la integración de competencias profesionales a las actividades que deberá realizar una vez concluidos sus estudios. Es decir, debe explicitar con claridad tanto las competencias profesionales, como los mecanismos y las etapas en las cuales ocurrirá la formación.

Le siguen las etapas inicial y avanzada, que se dan en la vida profesional luego de haber egresado. La inicial remite a los primeros cinco años de ejercicio profesional. Es de esperarse que, después de este período inaugural de ejercicio profesional, el egresado adquiera un conocimiento que le permita desempeñarse con eficiencia en el mundo del trabajo, es decir, que transite por la etapa avanzada.

La clasificación en etapas básica, inicial y avanzada guarda similitud con el modelo de Dreyfus y





Dreyfus (Carbajal, 2008: 132), en el cual las habilidades se van alcanzado en sucesivas etapas de formación, concretamente en cinco niveles: novato, principiante avanzado, competente, profesional y experto. Los niveles reflejan cambios en dos aspectos generales de la *performance* de las habilidades: 1. saberse independizar de los paradigmas, las teorías, las experiencias pasadas; 2. el cambio en la percepción, para poder integrar los hechos que se suceden con aparente independencia.

Los novatos son capaces de valorar parámetros cuantificables. Por ejemplo, en trabajo con pacientes pueden relevar información del peso, el consumo de alimentos, la temperatura, la presión, el pulso y otros usados para valorar la condición de un paciente. La principal dificultad de los novatos es la inhabilidad para juzgar en forma discriminada lo que acontece, ya que adhiere de manera inflexible a las reglas sin tener en cuenta el contexto.

El principiante avanzado puede mostrar una *performance* aceptable. Ha tenido suficientes experiencias y tiene la capacidad de percibir aspectos o características globales de la situación actual. El tutor puede brindar guías para reconocer algunos aspectos, así como la oportunidad de aprender a partir de la experiencia. Pero estas guías hacen que todos los aspectos o atributos estén en una misma línea de importancia. Los novatos y principiantes pueden tomar como insignificantes cuestiones importantes y sienten que tienen que respetar las reglas hechas por los expertos. La etapa de novato y la de principiante avanzado coinciden con la etapa básica de formación de competencias profesionales.

Una formación competente es alcanzada a los dos o tres años de trabajo, por lo tanto, coincide con la denominada etapa inicial de competencias profesionales. La acción se muestra en términos de presente y futuro, de planificación en el trabajo, de poder reconocer qué atributos y aspectos deben ser considerados más importantes y cuáles pueden ser ignorados. Su plan de trabajo da una perspectiva futura y está basado en consideraciones conscientes y analíticas de los elementos abstractos del problema.

El profesional es capaz de modificar el plan de trabajo en función de eventos inesperados. Puede percibir situaciones como un todo más que por aspectos parciales; la experiencia le enseña qué eventos típicos son esperables en una situación dada y cómo modificar los planes en función de esos eventos. Puede reconocer cuándo la figura de lo normal no se presenta a sí misma, o sea, cuándo lo normal está ausente. La comprensión holística mejora su decisión de hacer; la decisión en el hacer es menos elaborada en la medida que sabe cuáles aspectos presentes son los realmente importantes. Mientras la persona competente todavía no ha tenido suficiente experiencia para reconocer situaciones en términos integrales, el profesional considera menos opciones, pero presta atención a lo más importante. Las máximas o reglas son para el competente





difíciles de entender, pero el profesional las usa para tomar decisiones respecto a qué es importante considerar y esto requiere un profundo análisis de experiencias previas.

Por último, el experto, es decir, el que se encuentra en la etapa avanzada de formación, no requiere de máximas ni de reglas para responder con acciones apropiadas, porque opera desde un entendimiento profundo de la situación. Los expertos tienen dificultades para expresar todo lo que saben, a veces incluso tienen dificultad para legitimar su conducta, pero en general, no se equivocan.

# 2.1.3 Condiciones para la formación de competencias como propuesta innovadora en la enseñanza superior

Sin perder de vista la innovación reclamada para la educación, esta debe salvaguardar ciertas condiciones para que el proceso renovador sea legítimo. Destaco las siguientes:

a- La globalización de la enseñanza sin perder la pertinencia social

La globalización ha ejercido su influencia en todos los órdenes de la dinámica social y, por supuesto, también en la educación, como ya fue referido en párrafos anteriores. Si bien es cierto que la formación de una misma profesión puede tener perfiles similares en cualquier lugar del mundo, esto no debería implicar que se descuiden las necesidades de los países, particularmente, las de los países en desarrollo, y que se subordinen a las de orden mundial, que a veces pueden estar distorsionadas por intereses no académicos.

La pertinencia social de lo que se enseña es importante, ya que tanto una formulación abstracta como una alejada de los intereses legítimos de la sociedad, pueden llevar a un aprendizaje no significativo.

Hay indicios de que se puede desplegar, en aras de la globalización, un dispositivo de control administrativo de titulaciones, guías, procesos de enseñanza y aprendizaje. Esto permitiría regular, precisar y controlar qué se hace, cuándo, cómo y de qué forma se puede evaluar, con la consecuente pérdida de autonomía institucional.

El tema de las competencias en la enseñanza universitaria implica decisiones políticas, por ejemplo, definir quiénes determinan las competencias, su validación, la aplicación de criterios de evaluación a los efectos de la acreditación de carreras y el papel que juegan las agencias de calidad en este sentido.

b- Evitar el peligro de fragmentación en la enseñanza

En la formación profesional es relativamente factible identificar aquellas competencias complejas





que pueden caracterizar el grado de conocimiento experto en la vida profesional. Sin embargo, en el proceso de construcción de los planes de estudio podría tenderse a elaborar competencias de orden menor. Esto provocaría la fragmentación, opuesta a la integración pretendida en la formación de competencias.

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 luego da paso a diversas competencias menores, que fácilmente pueden degradar en una propuesta de construcción curricular basada en objetivos fragmentarios.

Aun con un lenguaje distinto, se pone énfasis en enunciar aprendizajes deseables, lo que termina siendo un modelo similar al basado en objetivos. Ambos enfoques terminan teniendo como características: la precisión, el ser conductuales, jerárquicos y fácilmente evaluables y finalmente llevar los contenidos educativos a un valor instrumental desde un enfoque medios-fines. De esta forma, las tareas y aprendizajes complejos se resisten a ser atomizados; la fragmentación atenta contra el carácter holístico de las competencias.

#### c- Distinguir en la formación el conocimiento útil y la competencia válida

Los contenidos de la formación no pueden ser marginados en razón de su contribución instrumental al desarrollo de ciertas competencias. Hay contenidos relevantes que no tienen por qué ser filtrados por criterios pragmáticos de utilidad y menos por los que pudieran apelar a su "rentabilidad" en razón de las demandas del mundo del trabajo. También debe considerarse que la decisión sobre qué contenidos incluir no puede estar basada en el peso de unas disciplinas sobre otras. Esta concepción didáctica enfatiza la importancia de atender, en el proceso de aprendizaje, las exigencias del entorno y las necesidades que el estudiante percibe de este.

#### d- Enseñar para identificar las competencias según la situación

La competencia no se aplica a una única situación, 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.

La educación superior debe desarrollar esa 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. La reflexión y el juicio son una parte sustancial de la competencia.

Dado que la tarea principal de la educación superior se relaciona con el conocimiento y la comprensión, tiene la particular responsabilidad de generarlos. En ausencia de conocimiento y comprensión, la acción sería azarosa, mecánica, rutinaria e irreflexiva.

#### 2.1.4 Alternativa en el enfoque de la educación superior

Frente al planteo realizado, 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 de 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.

El papel del profesor deberá ser contribuir con el estudiante para que sepa que existen modos alternativos de comprender una cuestión o de abordar una tarea compleja; en otras palabras, desarrollar el pensamiento complejo y el compromiso para recorrer etapas más elevadas del desarrollo intelectual y 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.

La explicación, la ejemplificación, la aplicación, la justificación, la comparación, la contextualización, 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. Es conocida 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 desempeño.

#### 2.1.5 Competencias en nutrición clínica para el desempeño hospitalario

Considerando los objetivos del curso Nutrición Clínica y las potencialidades de la práctica en terreno como ámbito educativo, a continuación fundamento la importancia de las competencias requeridas en la formación de los licenciados en Nutrición para la atención nutricional en la hospitalización. Para definirlas me baso en las atribuciones profesionales pautadas para el





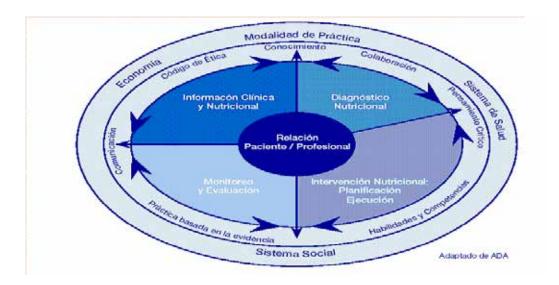
Mercosur y en el modelo básico de desempeño para la práctica pre-profesional de la licenciatura (ambos se describen en el Capítulo 3).

Las competencias se agrupan en tres dimensiones: técnica, humanística y procesal, ya definidas en secciones anteriores. Dicha agrupación tiene en cuenta el Proceso de Atención Nutricional en Clínica (PANC). El PANC puede definirse como un método para la resolución sistemática de problemas, para pensar críticamente y tomar decisiones que promuevan una calidad de atención segura y efectiva. Este fue desarrollado por la Asociación Americana de Dietética (ADA) y adaptado y publicado por la Asociación Uruguaya de Dietistas y Nutricionistas (AUDyN) y la Escuela de Nutrición (UdelaR) en 2006.

El diagrama 1 muestra los elementos del PANC, en cuyo centro aparece la relación paciente/profesional. La información recogida, el diagnóstico, la intervención, el monitoreo y evaluación son etapas que se suceden y retroalimentan, como muestran las flechas en ambos sentidos. Los factores indicados en el círculo que limita con la relación paciente/profesional se vinculan con las competencias que el profesional debería tener al realizar este proceso: conocimientos y habilidades específicas vinculadas a la dimensión técnica en el desempeño profesional; una práctica basada en evidencia, pensamiento crítico relacionado con la dimensión procesal, un código de ética, acorde a las definiciones del colectivo profesional, y capacidades para la comunicación, que aluden a la dimensión humanística. En el círculo exterior, se indican factores relativos al sistema de salud, sociales y económicos, que influyen sobre la práctica profesional.



Diagrama 1. Proceso de atención nutricional



Fuente: Modelo de Atención Nutricional en Clínica. Adaptado de ADA. UdelaR. ENyD. 2006

#### 2.1.5.1 Dimensión técnica

#### Competencia para la comunicación escrita

En el contexto de la convivencia social de los hombres, la comunicación es una modalidad privilegiada de relacionamiento entre las personas.

La comunicación escrita es una de las formas privilegiadas de construcción del acervo cultural. La humanidad a través de un sistema simbólico tiene capacidad de guardar en forma sintética volúmenes mayores de saberes, de experiencias vividas, de significados, que sin la escritura se perderían con el pasaje del tiempo.

Como producto cultural un texto no puede ser abordado fuera de su contexto, es decir, fuera de las circunstancias constituidas por las mallas histórico-culturales que entrelazan sentidos a lo largo del tiempo histórico. Por eso, la decodificación estructural del texto no es suficiente si se separa de la explicitación de su inserción contextual.

La producción escrita en los contextos laborales constituye un ejemplo claro de comunicación, codificación y significados que deben ser aprendidos. Se debe reconocer el valor social que tiene ser intérprete y generador de textos con un estilo técnico de comunicación, así como el hecho de construir y compartir identidad profesional como proceso histórico y cultural.

La historia clínica y el fichero nutricional (kardex) son documentos de manejo del Licenciado en Nutrición, por lo tanto, debe considerarse la comunicación escrita en la formación desde estos





documentos.

# a- Etapa de búsqueda de información en la historia clínica y registro de la atención profesional

La lectura y el registro en la historia clínica del proceso de atención nutricional es clave para la calidad en la asistencia. La historia clínica recoge información sobre el desarrollo del proceso salud-enfermedad y su pronóstico, así como las intervenciones realizadas por los profesionales. Este registro provee datos útiles para una asistencia integral. Por otro lado, la información consignada en la historia clínica permite realizar estudios clínicos, retrospectivos o prospectivos, e investigaciones para evaluar la calidad de la Organización sanitaria y establecer costos asistenciales. Es un documento legal que puede ser requerido en instancias jurídicas.

La lectura de la historia clínica requiere la puesta en acción de capacidades para interpretar, analizar, identificar problemas y evaluar resultados. Para registrar la información en la historia clínica es necesario tomar decisiones respecto a qué comunicar y qué es irrelevante o importante. Luego de haber resuelto qué registrar, se introduce la cuestión del lenguaje. La comunicación debe ceñirse a un lenguaje técnico y a formas de expresión sintética, que garanticen la precisión, veracidad y relevancia. Además, aunque más instrumental, el registro en la historia clínica requiere seguir una estructura protocolizada, donde existen espacios particulares para cada información.

La capacidad para interpretar y registrar información en la historia clínica debe en la enseñanza superior trascender lo operacional. Es relativamente incipiente en Uruguay disponer de la historia clínica informatizada, lo que otorga sin lugar a dudas calidad en la atención en salud. Más allá de que se requieren conocimientos y habilidades específicas para utilizar la nueva tecnología, la interpretación de la información y la pertinencia del mensaje y forma de comunicarlo son independientes de los avances tecnológicos, por lo tanto, la enseñanza en la formación profesional debe abocarse a estas cuestiones.

#### b- Registro del proceso de atención nutricional en el fichero nutricional o kardex

El Licenciado en Nutrición utiliza un fichero con información relevante de los pacientes que están bajo su responsabilidad asistencial, llamado habitualmente kardex. Las capacidades requeridas para la interpretación y el registro de la información son las mismas que para la historia clínica. Esta ficha se construye a partir de la información recogida de varias fuentes: la historia clínica, la entrevista a pacientes o acompañantes, datos proporcionados por el equipo de salud en forma directa, u otros registros disponibles en las enfermerías de las unidades asistenciales. La información seleccionada debe permitir realizar una planificación del tratamiento, atendiendo a las necesidades biológicas, sociales y psicológicas del paciente. El profesional documenta la decisión





tomada respecto a las características del plan de tratamiento, que muchas veces necesitará ajustes basados en la prescripción médica que se encuentra en la historia clínica.

La distinción entre la información recogida y la conducta seguida por el profesional es clave para dar continuidad a la atención nutricional de los pacientes, dado que un mismo paciente es asistido por más de un Licenciado en Nutrición durante la estadía hospitalaria. Por lo tanto, la precisión, claridad y síntesis en el registro son tan importantes como las conductas terapéuticas seguidas, con las marchas y contramarchas según la evolución del paciente. Dado el limitado espacio para el registro en esta ficha es habitual el empleo de códigos de colores o letras, uso de abreviaturas y símbolos. Es importante entonces que el estudiante se forme en este lenguaje de comunicación profesional.

#### Competencia para la comunicación oral

#### a- El diálogo como medio para la socialización

El diálogo<sup>11</sup> es la relación de dos o más interlocutores que hablan juntos en un clima de participación abierta y que alternadamente producen enunciados de duración variable. En general, se caracteriza por ser exploratorio e interrogatorio y supone un compromiso con el proceso de intercambio de comunicación. Además, debe mostrar una actitud de interés, respeto y cuidado de cada uno hacia los demás, aún ante desacuerdos. Si bien los papeles dentro de un diálogo pueden no deslindarse con claridad, es un instrumento con el cual se logra una aprehensión más plena del mundo y de la subjetividad de cada uno de los participantes. El diálogo no solo contribuye a aprender acerca de un tema, también permite formar capacidades para expresarse con claridad ante los demás, regular los debates por convenciones –como hablar por turnos—, prestar atención a lo que el otro dice, aprender acerca de las demás personas.

Así como el diálogo profesor-alumno puede constituirse en un "andamiaje" para edificar nuevos niveles de comprensión, también puede darse en las prácticas de campo, donde debería estar presente el diálogo con interlocutores que no sean el profesor, ya que se trata de un contexto de socialización laboral donde se enseña y aprende.

En contextos institucionales, factores como la falta de confiabilidad, el compromiso con el interlocutor, entre otros, pueden obstaculizar las posibilidades dialógicas de determinados participantes en ciertas situaciones, que no siempre son remediables por dichos participantes.

El diálogo no es una forma comunicativa específica de preguntas y respuestas, sino un tipo de

<sup>11</sup> Con respecto a su etimología: el prefijo "dia" significa "entre o a través" o "mediante" y es así que puede aplicarse a más de dos personas. La idea fundamental que expresa es la de extender o conectar. "Logos" significa palabra o lenguaje, pero también pensamiento, razón y juicio.





4

relación social. Para que persista en ese proceso, hace falta una relación de respeto, confianza e interés mutuos y a menudo se debe dedicar parte del intercambio dialógico a establecer esos lazos. La dinámica en el diálogo no se reduce a la combinación de perspectivas y los conocimientos de cada uno de los individuos por separado. Merleau-Ponty (1962 citado por Burbules, 1999: 46) observa que "la objeción de mi interlocutor formula a lo que digo, hace brotar en mí pensamientos que yo no sabía que tenía, así que al mismo tiempo que le presto pensamientos, él hace lo propio haciéndome pensar también". Esto expresa que el diálogo puede orientarse hacia ideas nuevas e inesperadas, más allá de las metas establecidas inicialmente debido a que la interacción adquiere dirección y fuerza por sí sola.

En un diálogo pueden participar personas que necesitan atención para sus sentimientos y no solo para sus ideas. El interés, la confianza, el respeto, el aprecio, la afección, la esperanza son factores emocionales en el diálogo. Algunas de las cualidades del diálogo son: la tolerancia, la paciencia, la disposición para hacer y recibir críticas, la inclinación de admitir el propio error, el deseo de interpretar o traducir los intereses propios de manera que sean comprensibles a los otros, la autolimitación para que los demás tengan su ocasión de hablar, la disposición y la capacidad de escuchar con cuidado y atención. Como proceso, el diálogo requiere la disposición para rever las presuposiciones propias y compararlas con las de los otros; ser menos dogmáticos y no creer que el mundo necesariamente es como nos parece. Esas virtudes dan forma a la capacidad de expresar con claridad las creencias, los valores y los sentimientos propios y a la de prestar atención y escuchar a los otros (Freire, 1985 citado por Burbules, 1999: 73).

Por lo tanto, el diálogo en la práctica hospitalaria es la base para el proceso de socialización laboral de los estudiantes, que en particular en el hospital se encuentran con variados interlocutores: pacientes, familiares, personal profesional y no profesional, futuros colegas, estudiantes de otras carreras, pares de la misma carrera.

#### b- La entrevista y la anamnesis en la atención nutricional

La entrevista es una relación con características específicas que se establece entre dos o más personas, por lo tanto, se construye dialogando. Pero la entrevista no es espontánea, los roles de entrevistado y entrevistador se mantienen, el entrevistador la dirige y debe planificarla previamente. Es un instrumento fundamental del método clínico, empleado por el Licenciado en Nutrición. Se debe enseñar a realizar entrevistas; su buena ejecución no debería quedar librado a un don o una virtud.

Es importante considerar que el profesional pone en acción los conocimientos de nutrición con el entrevistado, ya que orienta las preguntas según la situación clínica y características del vínculo que se va contruyendo con el entrevistado. Al mismo tiempo, debe saber priorizar e interpretar la





información que circula y formular hipótesis que en el transcurso de la entrevista se intentarán verificar o rectificar. Es clave, por un lado, identificar temas de importancia a medida que van surgiendo y, por otro lado, investigar cada uno de ellos según la situación particular. La interpretación de la información consiste en inferir a partir de los datos y obtener explicaciones. Se requiere aprender a establecer un adecuado encuadre de trabajo, que incluya la actitud del profesional, el establecimiento de objetivos y el manejo del lugar y el tiempo en la entrevista.

Hay un marco de referencia que proviene de la vida cotidiana, códigos que deben ser interpretados, un emisor y un receptor, medios, recursos y el referente o tema al que alude el mensaje. Al igual que como se vio en el diálogo, se deben distinguir aspectos racionales y emocionales. La comunicación no se da exclusivamente a través del lenguaje verbal y, por lo general, el mensaje no siempre es claro ni explícito. Es importante aprender a observar, a comprender el lenguaje corporal, a escuchar lo que el paciente dice en forma explícita y a dirigir las ideas del usuario hacia los puntos que puedan proporcionar datos útiles e incrementar su voluntad o capacidad de comunicación. En relación con los componentes emocionales se debe vigilar el desplazamiento de sentimientos. Esto origina la transferencia y contratransferencia de sentimientos. Son manifestaciones irracionales e inconscientes de la conducta del entrevistado y el entrevistador. En la transferencia es el paciente quien traslada sentimientos, deseos, vínculos pasados a la situación presente de entrevista. Tiende a transformar las experiencias nuevas en situaciones conocidas que se manifiestan por actitudes, conductas y exigencias. En la contratransferencia se incluyen todos los fenómenos que se generan en el entrevistador a partir del campo psicológico que se configura en la entrevista. El profesional no solo debe observar al entrevistado, sino reconocer los sentimientos propios para poder emplearlos como instrumento de comprensión de los sentimientos del entrevistado. El adecuado manejo de la contratransferencia permine al Licenciado en Nutrición mantener constante su rol y los objetivos de entrevista y, por consiguiente, mantener un encuadre de trabajo profesional. Si bien la entrevista es una técnica y como tal es posible aprender a realizarla, también se debe tener en cuenta que no existe una manera ideal de conducir una entrevista, sino que cada una va a estar moldeada por el entrevistador y el entrevistado (Ibañez y Saravia, 1999: 33). Dentro de la entrevista se sistematiza la búsqueda de información a través de la anamnesis o interrogatorio.

La anamnesis es una técnica para traer a la memoria hechos pasados, que recoge datos personales del paciente, de su contexto familiar, ocupacional y de vida. Mediante la entrevista, se explora los antecedentes de salud/enfermedad de familiares, su situación clínica actual en relación con el motivo de consulta o derivación, sus prácticas y hábitos alimentarios, los factores condicionantes en sus hábitos, particularmente, sociales, económicos y culturales. La anamnesis permite evaluar la ingesta dietética, ya que brinda información cualitativa (rechazos, preferencias, tipo de alimentación, formas de preparación habituales), semicuantitativa (cuestionario de





frecuencia de consumo de los diferentes alimentos ingeridos habitualmente) y cuantitativa, apelando a los recordatorios o registros del tipo de alimento y cantidad consumida por el paciente. Toda esta información permitirá contextualizar el problema y la conducta profesional a seguir. Si bien existe en la mayoría de los casos un protocolo para el interrogatorio, la capacidad requerida en el interrogatorio está en recuperar la información pertinente fruto de la entrevista con el paciente. Como vimos, el buen manejo verbal y no verbal en la entrevista son críticos para un buen *feedback* y un fructífero interrogatorio. Aunque alguna información puede recogerse directamente de la historia clínica, es insustituible la vivencia de escuchar al paciente en la exposición de sus síntomas y de oír su interpretación. La anamnesis es más que la recolección de datos; debe ser un encuentro interpersonal, ya que como dice Balint: "el que hace preguntas no obtendrá más que respuestas" (citado en *Semiología General*, 1998: 22).

A nivel hospitalario la información recogida en la anamnesis durante la entrevista debe ser registrada en el kardex. A su vez también debe registrarse en la historia clínica en caso de que exista información adicional y sustantiva a la ya registrada por otros profesionales.

Dados los vínculos interpersonales que implican el desarrollo de las competencias técnicas comunicacionales, se involucran en estas las funciones grupal y vincular de la dimensión humanística, según sea con profesionales, colegas pares o pacientes. También la función ética, en la que se deberá formar para generar una actitud de servicio, solidaridad y cooperación.

## Competencias para el diagnóstico, planificación del tratamiento, intervención nutricional y monitoreo

#### a- Competencias para el diagnóstico nutricional

El examen físico, la valoración antropométrica, la evaluación dietética y los indicadores bioquímicos son toda la información requerida para alcanzar una evaluación nutricional que habilite a formular el diagnóstico nutricional.

#### el examen físico nutricional

Se basa en la constatación de datos sobre el estado nutricional, que pueden verse y medirse, según la escala normal, deficiente, excesivo. El examen consiste en la inspección física y la antropometría.

La inspección física es una observación detallada del aspecto general. La actitud del paciente, la cara, el cabello, los ojos, los labios, la lengua, las encías, los dientes, el cuello, la piel y mucosas, las uñas son los elementos de mayor relevancia desde el punto de vista nutricional. Si bien el examen físico también es realizado por otros profesionales, algunos síndromes permiten reconocer deficit nutricionales, por lo que es importante que en la formación se incluya la inspección integrada a otros indicadores. La inspección clínica, que permite obtener una primera





valoración, es un método subjetivo que puede emplearse para un diagnóstico inicial del estado nutricional.

La inspección permite integrar otros componentes que hacen a la salud del paciente desde una concepción integral. Por ejemplo, los aspectos actitudinales, su capacidad para desplazarse, la postura corporal, la marcha si se desplaza, su estado de conciencia, el grado de orientación temporo-espacial, el grado de cooperación, su aspecto en relación con la edad cronológica contribuyen a tener una percepción integral.

#### • la evaluación antropométrica

La antropometría consiste en medir las variaciones de las dimensiones físicas y las de la composición del cuerpo. Las mediciones que se requieren son: peso, talla, circunferencias – cintura muñeca, brazo—, pliegues corporales –bicipital, tricipital, subescapular— y mediciones indirectas para estimar talla a través de la brazada o longitud rodilla/talón. Para cada medición es necesario conocer y aplicar técnicas que minimicen errores. Estas medidas se combinan construyendo indicadores. Los resultados de estos indicadores se confrontan con referencias que se comportan como estándares, sobre los cuales se realiza el diagnóstico nutricional. Las mediciones dan origen a la valoración global y a la composición corporal. Aunque el aprendizaje de la técnica es importante, lo que distingue el desempeño profesional es la pertinencia del tipo de indicador y dentro de estos, qué método emplear. Cabe señalar que la información diagnóstica debe ser monitoreada, a los efectos de advertir una evolución favorable o, a la inversa, una evolución que requiera cambiar la orientación del tratamiento.

#### la evaluación dietética

Los indicadores dietéticos o análisis de la dieta evalúan nutricionalmente la alimentación del paciente antes de su hospitalización o la alimentación intrahospitalaria. Los objetivos pueden variar: conocer la ingesta habitual, el origen de un problema nutricional, relacionar el estado nutricional con la ingesta o evaluar los efectos de la ingesta frente a la patología en curso.

Existen diferentes métodos que varían según la calidad de la información que se desea obtener; que como vimos puede ser cualitativa, semicuantitativa o cuantitativa. Por lo tanto, no es adecuado aplicar a todos los pacientes el mismo método e incluso a veces se requiere combinar los métodos. Esto es parte de lo que el estudiante deberá aprender cuando valora cada situación clínica.

La inadecuada técnica de entrevista es una fuente de error al recoger información de la alimentación del paciente. Algunas fallas cometidas son la realización de preguntas mal formuladas o poco claras, respuestas mal registradas, no advertir malas interpretaciones del paciente respecto a la consulta realizada o incluso respuestas que se dan en función de una supuesta respuesta esperada por el profesional. A estos errores se puede sumar la mala





estimación de la cantidad ingerida –subestimación o sobreestimación–. Si la estimación se realiza respecto a la alimentación en el hogar, el profesional debe aproximar el peso en medidas, fracciones, unidades, envases, que permitan estimar la cantidad consumida. Si la evaluación corresponde a la alimentación hospitalaria, el profesional podrá valerse tanto de los registros del paciente y del interrogatorio, como de la observación del plato servido y pos-ingesta, para estimar el consumo a través de la diferencia entre estos. Aquí puede ser clave el aprendizaje de la estimación del peso de los alimentos a partir de la observación del volumen. De esta forma, la observación es una etapa del método científico, sobre el que hay que hacer énfasis en la formación.

#### • la evaluación por datos bioquímicos

Los análisis bioquímicos se emplean para valorar estados deficitarios subclínicos. Los más empleados en el contexto hospitalario son la albúmina sérica, la excreción de creatinina, el balance nitrogenado, la exploración de la función inmune, la valoración mineral, particularmente Hierro, con medición de hematocrito y hemoglobina.

#### fase diagnóstica

Es la etapa en la que se identifica el problema, las causas, los factores contribuyentes, los signos y síntomas a partir de la información recogida. Se requiere capacidad para realizar una síntesis de la información de la etapa inicial y para interpretar, jerarquizar, categorizar y resumir. El diagnóstico inicial no es estático, porque a medida que se genera nueva información puede modificarse. Para esto es clave que las fuentes de datos, los indicadores y métodos empleados para mantener actualizada la información y la intervención estén acorde en tiempo real a la situación del paciente, a la que se accede con el monitoreo.

#### b- Competencias para la intervención nutricional

En las etapas de planificación y ejecución se formulan objetivos, se determinan las estrategias y las necesidades nutricionales. El resultado final se expresa a través de la indicación de menús que brinda la institución hospitalaria. La educación nutricional también es una actividad importante en la intervención.

Para la etapa de intervención se requiere priorizar patologías que pueden coexistir, transferir conocimientos a la situación particular del paciente, adecuar la prescripción médica si es necesario, contextualizar las necesidades nutricionales a la oferta de menús o alimentos de la institución y otras características del servicio, como horario de comidas entre otros. Como ya vimos es importante el registro en la historia clínica y/o kardex según la pertinencia de la información. Desde un abordaje integral, el tratamiento debe considerar las necesidades nutricionales del paciente según su situación clínico-nutricional y, además, debe ser aceptable psicológicamente por el paciente.



#### c- Competencias para el monitoreo y evaluación

Con estas etapas se cierra el ciclo de atención, se recoge nueva información con los mismos métodos y técnicas utilizados para el diagnóstico inicial, para renovarlo en caso de ser necesario. Para evaluar el proceso de atención se requiere confrontar la información relevada con los cambios esperados. Se deben documentar los sucesos y fundamentar en caso de que se realicen cambios en el tratamiento.

#### 2.1.5.2 Dimensión humanística

#### Trabajo en equipo multidisciplinario

En el actual contexto social descripto como la era de la información, se torna un desafío pensar el equipo como un modo de trabajo que permita el enriquecimiento personal, colectivo y productivo a la vez. La complejidad progresiva que ha adquirido el abordaje de la salud ha llevado a compartir, y coordinar actividades entre profesionales de diversas disciplinas.

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 personales puede favorecer o dificultar el trabajo colectivo. Cada persona se integra al equipo desde sus propios conocimientos, experiencias, y debe articularlos con los conocimientos y experiencias de otros. A la vez, se integra a un modelo organizacional con una cultura determinada, valores y normas que rigen las relaciones, que en muchas oportunidades se contraponen a las individuales. El trabajo en equipo supone una tarea o práctica conjunta, articulada y cogestionada.

Dentro de las habilidades requeridas, es importante que la modalidad de encuentro con el otro, es decir, la actitud para relacionarse, sea flexible, pero que también se muestren con claridad los límites. 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, debido a que permite tener una mirada integral de la salud, y se brinda una adecuada atención a los usuarios en los diferentes niveles de atención. El Sistema de Salud, tal como se desarrolla en el Marco Contextual, debe ser considerado en la definición de competencias para las que se deben formar los profesionales de la salud y en particular 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 los que podrán funcionar multiprofesional<sup>12</sup> o interdisciplinariamente.<sup>13</sup>

Creo necesario explicar las particularidades que se deben considerar para desarrollar capacidades en esta competencia en contextos reales de desempeño profesional. Para ello muestro a través de una investigación realizada en Brasil, la percepción de profesionales de un centro hospitalario respecto al trabajo en equipo y los roles asignados a sus integrantes construidos desde las experiencias laborales. Este estudio permite concluir que formar para desempeñarse en equipos de trabajo requiere desarrollar en los estudiantes capacidades de dimensión técnica, humanística y procesal, lo que expresa su complejidad.

La investigación se llevó a cabo en un hospital de Minas Gerais (Saar da Costa y Trevizan, 2007: 106-112), y exploró la opinión de nutricionista, psicólogos, enfermeros, fisioterapeutas, farmacéuticos, odontólogos, y médicos. Los profesionales destacan el valor que tiene el equipo para dividir responsabilidades y que esto trae como consecuencia que el paciente pueda alcanzar rápidamente la recuperación de su salud. Cada profesional tiene una percepción diferente de la situación del paciente y es la articulación de esas diferentes percepciones lo que facilita la comprensión del todo, lo que confirma la concepción multidisciplinar en el funcionamiento. Aunque encuentran obstáculos, estos son valorados como una fuente de aprendizaje. Otra ventaja del trabajo en equipo es el contacto con distintas experiencias a través del diálogo profesional y de las discusiones de casos.

Sin embargo, en esta investigación también se constata que existen debilidades en el trabajo en equipo. Por ejemplo, los miembros no médicos refieren actitudes de discriminación y descalificación por parte de los médicos; ya que estos les adjudican poca visión, son prejuiciosos, se resisten al trabajo en equipo y centralizan acciones.

La investigación estudió el rol que le asignan al nutricionista el resto de los miembros del equipo de salud. Los entrevistados mencionaron que la función principal atender la dieta de los pacientes. La evaluación nutricional y la educación alimentaria fueron citadas como parte de su rol. El nutricionista fue considerado un profesional que depende del médico y fue percibido como poco participativo, pero importante para el equipo.

Se señala que en el trabajo existen problemas debido a disputas por el poder, el status profesional, la presencia de feudos difíciles de penetrar y un juego de culpabilización entre los

<sup>13</sup> Interdisciplinariedad: implica la interacción entre dos o más disciplinas. Refiere a una integración entre los diferentes integrantes, con criterios comunes, fijados previamente, respecto de la forma de abordaje del objeto de estudio. Se impone la interrelación y el intercambio entre distintos saberes.





<sup>12</sup> Multiprofesionalidad: refiere a la yuxtaposición de diversas disciplinas.

miembros cuando hay fallas. También, se marcan dos aspectos: el escaso diálogo entre los profesionales, lo que dificulta las interrelaciones entre los miembros del equipo, y algunos obstáculos organizacionales, por ejemplo, falta de locales para realizar reuniones y encuentros.

Como vemos en esta investigación, la formación profesional en la universidad debería enseñar a reconocer los roles profesionales y promover prácticas integradas que construyan una cultura del trabajo en equipo. En este sentido, en dicha investigación los discursos marcan una dicotomía teoría/práctica, porque mientras los académicos profesionales del hospital entrevistados manifiestan la importancia de la multidisciplinariedad e interdisciplinariedad, en el mundo del trabajo parece mandar la disciplina de acuerdo a las opiniones de los profesionales.

Los resultados de este trabajo llevan a reflexionar respecto a cómo desarrollar esta competencia en los espacios educativos; cómo considerar los obstáculos en el ejercicio de las profesiones, ya que estos pueden transformarse en un insumo para poder enseñar y aprender a trabajar en equipo.

Las experiencias que tengan los estudiantes de trabajos grupales, ya sea en producciones de aula o en prácticas en terreno, contribuyen a la formación para el futuro trabajo en equipos multidisciplinarios. En estas experiencias 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 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.

## Abordaje integral del paciente en la entrevista

Además de la importancia del trabajo en equipo, es importante considerar la dimensión humana particularmente en la interacción con el paciente. El abordaje profesional en el vínculo debe ser integral. El profesional no solo debe prestar atención a los datos que provee la entrevista, sino que también debe reparar en las costumbres, ideas y creencias del paciente. Se debe propiciar la empatía, la persona debe ser escuchada y comprendida desde sus experiencias afectivas y sus emociones.



## El desempeño ético

Como ya se definió, las competencias refieren a capacidades que abren caminos a la acción como estrategias posibles. Las competencias relativas a la dimensión técnica y procesal remiten también a la función ética. Esta se revela en el posicionamiento frente a los métodos, técnicas o instrumentos, a la formulación diagnóstica, al análisis situacional o contextual, a la proyección de estrategias de intervención, a la elección de alternativas de acción, entre otras.

Las competencias técnicas y procesales carecen de significado si en su intención final no está propiciar en los alumnos espacios de reflexión y capacidad crítica y autocrítica para reconocer que las personas y los grupos tienen "mundos de sentido", según Nucci (2008, citado por Dornell y Aguirre, 2010: 68), que pueden diferir de los propios. Se debe expresar a los alumnos que en calidad de profesionales se aplican procedimientos y técnicas para diagnosticar o actuar, haciendo uso de los recursos de poder que los posicionan de determinada forma en la intervención. La articulación teoría-práctica que sustenta el aprendizaje de intervenir solo es posible en la interacción con otros: pacientes, familiares, profesionales, colegas, pares estudiantiles, funcionarios del hospital, profesores. El aprendizaje surge en el reconocimiento de las posiciones diferenciadas en el espacio social.

Problematizar la lógica instrumental con la que se pueden abordar las estrategias de intervención requiere rescatar la coherencia lógica entre el análisis de la realidad, el objeto de intervención definido y las líneas de intervención que estos análisis sugieren. Las acciones deben derivar de la reflexión sobre la realidad y no de una práctica acrítica, instrumentalista, que contribuya a la reproducción de las mismas situaciones. Las contradicciones y distorsión entre lo que se dice y se hace pueden llevar al estudiante a pensar que lo que es posible es moralmente correcto.

La formación ética ayuda a reubicar los conocimientos en un proceso reflexivo de análisis imprescindible para elaborar estrategias coherentes con la opción personal. Esto contribuye a la construcción del rol profesional y a la defensa de la autonomía, que surge de procesos de deliberación y de la elección crítica y consciente entre valores alternativos.

## 2.1.5.3 Dimensión procesal

## Interacción con la dimensión técnica

Como expliqué al comienzo, la historia clínica y el kardex o fichero nutricional son documentos básicos en la gestión del servicio hospitalario y en la atención de la salud. La dimensión técnica compromete las capacidades de interpretación y comunicación escrita. Esta deberá cruzarse con la dimensión procesal. Se requerirá formar para comprender el valor documental, inscripto en la función metodológica, que habilita a la planificación, toma de decisiones, intervención y evaluación a varios niveles; desde las intervenciones profesionales vinculadas a la asistencia directa al





paciente, hasta los niveles de gestión organizacional.

Todas las actividades en la atención del paciente deberán seguir una línea de pensamiento que ordene qué información buscar, cómo interpretarla, qué jerarquizar y cómo actuar siguiendo el método científico. La concepción de la atención enmarcada en un proceso y la interrelación con las etapas de administración de alimentos son críticas para trascender lo operacional y propiciar una atención integral y una práctica reflexiva.

En los cuadros 1 y 2, a modo de síntesis, presento las actividades y competencias requeridas, así como las dimensiones y funciones implicadas, ordenadas según las etapas del proceso de atención nutricional en el campo hospitalario. Particularmente en el cuadro 2 se muestra la interacción entre el proceso de atención nutricional con el de administración de alimentos en la asistencia alimentaria. En la etapa de ejecución del plan de tratamiento se debe gestionar la alimentación del paciente, lo que requiere la realización de tareas que se inician con la solicitud de menús y terminan con la supervisión del servicio de los alimentos al paciente, evaluación de la ingesta y grado de satisfacción del paciente con el servicio prestado.

Cuadro 1. Actividades, competencias, dimensiones y funciones involucradas en la formación del proceso de atención en nutrición clínica en el campo hospitalario

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 clinica 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	humanística ética  habilidades de ión oral y escrita.  observaciones y humanística grupal/ética	
	Realizar la anamnesis alimentaria	Seleccionar información pertinente Interpretar información Desarrollar habilidades de	técnica	curativa



		comunicación oral	humanística	Vincular/ética
		(manejo de entrevista)		
	Evaluar	Identificar indicadores y	técnica	curativa e
	nutricionalmente	métodos diagnósticos		instrumental
	al paciente	g.	humanística	ética
		Interpretar información		
		Ordenar prioridades		
	Documentar la	Seleccionar información	técnica	curativa
	historia	pertinente		
	nutricional y			
	kardex	Organizar la información	humanística	grupal/ática
		Desarrollar habilidades	Humanistica	grupal/ética
		comunicación escrita. Dominio		
		de lenguaje técnico		
		Inscribir la información en el	procesal	metodológica
		proceso de atención nutricional		
Diagnóstico	Realizar el	Organizar información.	técnica	curativa
	diagnóstico			
	nutricional	Utilizar el pensamiento crítico y	procesal	metodológica
		método cientifico en el manejo		
		de la información: identificar problema/s, jerarquizar causas		
		principales y contribuyentes		
		principality of continuous principality		
		Comparar con patrones o		
		referencias. Categorizar la		
		información		
		Síntetizar la información recogida		
		-		
Intervención	Definición de	Seleccionar criterios de	técnica	curativa
nutricional	objetivos metas	tratamiento basado en el		
	y necesidades nutricionales	método científico sustentado en la información, la	procesal	metodológica
	Tatioonales	bibliografía, los consensos	procesar	metodologica







			T	
		Ordenar los problemas para decidir tipo de intervención	técnica	curativa
		diferenciada	humanística	vincular/ética/grupal
		Transferir los conocimientos a la situación del paciente	técnica procesal humanística	curativa metodológica ética
	Documentar el diagnóstico nutricional y el	Seleccionar la información pertinente	técnica	curativa
	plan de tratamiento	Organizar la información	procesal	metodológica
		Síntetizar la información		
		Desarrollar habilidades para la comunicación escrita. Emplear lenguaje técnico	humanística	grupal/ética
	Gestionar la	Transferir las necesidades	procesal	metodológica
	alimentación del paciente	nutricionales del paciente al contexto institucional	técnica	curativa
	Orientar al	Desarrollar habilidades de comunicación oral	técnica	curativa
	paciente y familia	comunicación oral	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	Comparar	procesal	metodológica
	asistencia	planificado/ejecutado		autoevaluativa
	alimentaria			
	intrahospitalaria		técnica	instrumental
	Evaluar la	Comparar necesidades	procesal	metodológica







tratamiento		
	humanística	ética/vincular
	técnica	curativa





Cuadro 2. Interacción entre el proceso de atención nutricional y el de administración de alimentos en la asistencia hospitalaria

	Actividades del proceso de stanción	Tareas vinculadas a la administración
	Actividades del proceso de atención	de alimentos requeridas en el proceso de atención
Enfoque del trabajo	Integrarse al equipo de salud en el proceso	
Información clínica y	Consultar fuentes escritas. Intercambio con el equipo de salud	
nutricional	Realizar la anamnesis alimentaria	
	Evaluar nutricionalmente al paciente  Documentar la historia nutricional y kardex	
Diagnóstico	Realizar el diagnóstico nutricional	
Intervención nutricional	Definición de objetivos metas y necesidades nutricionales	
	Documentar el diagnóstico nutricional y el plan de tratamiento	
	Gestionar la alimentación del paciente	Solicitar menú a la unidad de producción Recepcionar y acondicionar los alimentos y menú de los pacientes Supervisar y controlar la distribución y servicio de la alimentación
	Orientar al paciente y familia	
Monitoreo	Ídem búsqueda de información	
del proceso	Evaluar la alimentación intrahospitalaria	Estudiar los residuos para evaluar ingesta y aceptabilidad
	Evaluar la adherencia al tratamiento	

## 2.2 La enseñanza y el aprendizaje en las prácticas en terreno

## 2.2.1 El valor de la práctica y su relación con la teoría

Está claro que la habilitación para el ejercicio de la profesión no es suficiente para acreditar idoneidad. Según Andreozzi (2000: 41), este problema es una deuda en la enseñanza, que se traduce en la dificultad de los profesionales para operar con el conocimiento de la realidad, como mencioné en la Introducción. Las prácticas en terreno constituyen una experiencia matriz de





aprendizajes práctico profesionales, socio-institucionales y de orden personal, que dejan según la misma autora una marca en el estudiante.

Se necesitó maduración para percibir la influencia que la concepción positivista del conocimiento tuvo en la conformación del currículo de las profesiones. Este se organizó 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 todas las disciplinas como teóricas y reservar los momentos dedicados a 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 compenetran 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). Conviene en este sentido distinguir 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. Es así que el pensamiento opera en el campo de la praxis inventiva. Esta praxis evita correr el riesgo de la rigidez en las acciones. Por otra parte, la praxis repetitiva, aunque surge de generalizaciones y reduce la creatividad e innnovación, permite hacer las cosas en forma rápida y precisa, por lo que también es necesaria.

## 2.2.2 Las prácticas en terreno y la enseñanza situada

Como ya se expresó, la enseñanza tradicional está distanciada de la experiencia, porque concibe, por un lado, el mundo y, por otro, la mente que aprende; sin embargo, existen relaciones complejas entre las personas y el mundo. La teoría de la enseñanza situada brinda una perspectiva diferente del aprendizaje y el contexto. Destaca que el conocimiento siempre se construye y se transforma al ser usado; el aprendizaje es parte integrante de la actividad en y con





el mundo en todo momento; 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, 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 que se aprende y emplea y donde el aprendizaje es abstracto, descontextualizado, genera conocimientos inertes, poco útiles, escasamente motivantes y de relevancia social limitada. La crítica a la enseñanza tradicional radica fundamentalmente en que los aprendizajes son poco significativos, carentes de sentido y aplicabilidad y en 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.

Varias son las estrategias para el aprendizaje significativo centradas en el aprendizaje experiencial y participación de prácticas sociales. Entre otras están las prácticas en escenarios reales. Las prácticas en terreno son un espacio de enseñanza-aprendizaje que forma, en la medida que permiten al alumno enfrentarse a fenómenos de la vida real; 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; anticipar posibles roles profesionales, a través del desarrollo situacional y contextual.

## 2.2.3 El profesor y el estudiante

### 2.2.3.1 El profesor y la enseñanza

Ya vimos la importancia de la comprensión en el aprendizaje. Si en el proceso de enseñanza-





aprendizaje se le da relevancia a la cultura y a la actividad social, sin lugar a dudas la comprensión mejora. Darle relevancia a la cultura implica trabajar con ejemplos, analogías, discusiones y demostraciones que son propias de las culturas a las que pertenecen o esperan pertenecer los estudiantes. La actividad es considerada social aquí cuando hay una participación tutoreada en un contexto social y colaborativo de solución de problemas, que favorece el debate, el juego de roles y el descubrimiento guiado.

Por lo tanto, el papel del docente en la práctica no debería restringirse a crear condiciones o facilidades, sino a orientar y guíar explícitamente las actividades, a través de dispositivos pedagógicos que les permitan a los estudiantes reflexionar sobre sí mismos y sobre las situaciones vividas. De esta forma, el estudiante podrá avanzar en aspectos de corte práctico-profesional, vinculados al saber-hacer, en aspectos de orden personal, relativos al rol profesional y a la construcción de las bases de su estilo de desempeño y, por último, en aspectos de orden socio-institucional, ligados a la comprensión de las condiciones institucionales y sociales que influyen sobre el desempeño.

El rol docente remite a los estilos de desempeño.<sup>14</sup> Estos se reflejan en las formas que adopta el docente en relación con el desempeño de la práctica estudiantil, o sea, cómo asume su intervención mientras el estudiante se desenvuelve en la práctica en terreno.

Cuando se analizan los estilos de enseñanza de un docente en la práctica surgen preguntas como: ¿qué actividades hace el docente?, ¿qué modalidad adopta cuando el estudiante realiza la tarea con el paciente?, ¿lo acompaña supervisando la tarea y observa cómo lo hace?, ¿en qué momentos interviene?, ¿sólo cuando el estudiante lo demanda o lo hace por propia iniciativa?, ¿cuál es el tipo de comunicación que se genera?, ¿sugiere, orienta, da órdenes, critica?, ¿cómo se articulan estas modalidades de intervención y de relacionamiento con el estudiante para propiciar su autonomía? (Lucarelli et cols., 2007: 12).

Podemos encontrar un estilo donde el profesor realiza la tarea como un profesional y el estudiante es observador; adquiere importancia aquí la observación de modelos, los procesos simbólicos como las representaciones y los autorregulatorios (Bandura y Walters, 1974, citado por Finkelstein y Gardey, 2004: 10). El profesor acompaña su desempeño con expresiones verbales que aclaran, justifican teóricamente, explican las acciones, se comunica con el paciente y acompañantes. El estudiante como observador no necesariamente tiene un rol pasivo; puede focalizarse en lo más importante, comprender el significado de la actividad e identificar los pasos a seguir, de manera

<sup>14</sup> Adopto como definición de estilo: "conjunto de disposiciones relativamente invariantes que caracterizan el ejercicio profesional de un sujeto singular en situación de trabajo. Configura una modalidad característica que se puede percibir en forma directa" (Andreozzi, 1998: 24).





que en etapas ulteriores pueda realizar progresivamente los procedimientos, inicialmente con poca precisión para luego perfeccionar las destrezas.

Otra modalidad está más ligada a la supervisión donde el estudiante adquiere un rol más protagónico. Esta modalidad puede expresarse de dos maneras. Una, donde el profesor mira de lejos la actuación del estudiante en la práctica; esto puede contribuir a facilitar un trabajo más autónomo del estudiante. La participación del profesor se realiza cuando el estudiante se lo demanda o por decisión propia. Puede identificarse otra modalidad con rasgos comunes al "andamiaje", donde docentes y estudiantes encaran la atención del paciente en forma colaborativa (Baquero,1999 citado por Lucarelli et cols., 2007: 18). Esta modalidad es importante en los períodos de menos experticia estudiantil. En función de lo que hace el estudiante, el docente gradúa su intervención, tiene una actitud de espera confiada y, a la vez, de supervisión atenta. Interviene cuando se lo demandan, asume el rol de experto en el equipo que integra con el estudiante, promueve la reflexión, la consulta y fundamentación sobre lo que se está haciendo. En esta modalidad el docente puede ir plantéandole al estudiante diversas preguntas que lo ayuden a orientar o reorientar la entrevista a los pacientes. Por ejemplo, en función del motivo de ingreso del paciente podría preguntarle: ¿qué aspectos marcados en el protocolo te parecen más importantes para abordar?; ¿será importante evaluar la ingesta habitual?; ¿cuáles alimentos claves debes conocer si integran la alimentación habitual?; ¿qué es importante conocer en la distribución diaria de alimentos?

La enseñanza como andamiaje se caracteriza por ser reajustable de acuerdo con el nivel de competencia que evidencie el estudiante y los progresos que realice. Asimismo, es temporal ya que se orienta al desempeño autónomo del estudiante. El profesor, Licenciado en Nutrición, desarrollaría aquí una tarea de sostén, al asumir un rol semejante al de tutor en el denominado "practicum reflexivo" (Schön, 1992: 47). Si se ve el conocimiento profesional en términos de "pensar como un nutricionista", el estudiante además de técnicas, reglas, operaciones, aprenderá las formas de indagación que sirven a los profesionales para razonar acerca del camino a seguir en situaciones problemáticas. Para esto se requiere hacer énfasis en la reflexión en la acción, que implica establecer nuevas estrategias de acción y de formular los problemas. El practicum reflexivo ayuda a los estudiantes a saber cómo llegar a ser eficaces mediante un diálogo reflexivo con el alumno.

En esta propuesta de enseñanza-aprendizaje, el docente debe saber trabajar con la duda, con lo nuevo y debe sustituir, ante las preguntas que realice, las respuestas acabadas de los alumnos por la capacidad para reconstruir el conocimiento con ellos.

En cuanto a los estilos de desempeño de los profesores, no hay que olvidar que están signados





por las historias personales de formación y profesión. El profesor Licenciado en Nutrición define su estilo de intervención docente en el hospital, el que se manifiesta por su visión acerca de qué es enseñar un contenido complejo en ámbitos de iniciación y desarrollo en prácticas profesionales.

Hago énfasis en el papel docente ya que la práctica en terreno por sí sola, podría no ser una experiencia formadora. Para esto se requiere un balance reflexivo de lo realizado, y el papel docente es fundamental en esto.

Lo expresado queda de manifiesto en un estudio realizado en la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad Central de Venezuela (Villahermosa y Guzmán, 2007: 124-129), donde se muestra el efecto de la pasantía hospitalaria sobre el conocimiento de los estudiantes que cursaron el noveno semestre. El objetivo fue estudiar el impacto de la práctica en la adquisición de conocimientos y la resolución de situaciones clínicas. Los estudiantes debieron responder un cuestionario que fue aplicado antes (pre-test) y después (pos-test) de la culminación del semestre práctico. Se evaluaron los conocimientos vinculados a los diferentes indicadores de la valoración nutricional y el diagnóstico nutricional aplicado a cinco casos de resolución en aula. Se concluyó que las pasantías hospitalarias ejercieron de manera global un impacto positivo sobre los conocimientos de los estudiantes. Sin embargo, el estudio aconseja plantear cambios en las estrategias de enseñanza y/o aprendizaje para hacer más eficiente el esfuerzo y la inversión en los recursos de la enseñanza. Esto se debe a que los diferentes conocimientos evaluados no tuvieron idéntico comportamiento; para algunos aspectos en el pre-test, o sea previo a la práctica en terreno, hubo mejores resultados que en el pos-test y en otros a la inversa, aunque en general hubo una diferencia significativa en el pos-test.

Por lo tanto, la metodología educativa y la selección de experiencias de aprendizaje resultan claves en la enseñanza. También la evaluación de los aprendizajes que deberá considerar la metodología y objetivos educativos. El hecho de que el estudiante desarrolle actividades profesionales requiere un marco relativamente protegido respecto al riesgo que tiene toda actividad profesional. En este sentido, el profesor o profesional que asuma la responsabilidad sobre los efectos de la acción realizada por el estudiante podrá graduar la complejidad de las tareas asignadas en función de los avances alcanzados. Frecuentemente se piensa, desarrolla y evalúa la enseñanza y el aprendizaje desde modelos docentes con fuerte influencia de la institución académica. La seguridad que otorgan a los profesores esos estilos académicos de transmisión de saberes pueden operar como barrera para la generación de dispositivos pedagógicos. Así, el docente puede ser responsable de tutorear la experiencia con un enfoque prescriptivo, desde el cual se orienta al estudiante según pautas modélicas que se ajustan a la buena actuación.





El papel del profesor de práctica debe adoptar una modalidad centrada en el análisis (Ferry, 1990, citado por Andreozzi, 1998: 42). Esto le permitirá al estudiante comprender la singularidad de los problemas que transita y las acciones en respuesta, formularse preguntas de la realidad que lo comprometan a un trabajo sobre sí mismo, incorporar y develar de la realidad lo que se esconde tras aparente naturalidad, acompañarlo para transitar las zonas indeterminadas de la práctica, caracterizadas por la incertidumbre, la singularidad y el conflicto de valores (Shön, 1992: 20) que escapan a la racionalidad técnica. La idoneidad en el desempeño profesional es una condición necesaria pero no suficiente para garantizar buenos logros. El profesor debe desarrollar habilidades para diagnosticar los problemas in situ, detectar las exigencias y demandas de formación que derivan de la singularidad de los estudiantes, con el objetivo de determinar la índole de los aprendizajes y facilitarle al estudiante los medios para un determinado fin.

#### 2.2.3.2 Los modelos de actuación

Junto a las actividades establecidas en el plan de práctica, el profesor debe comunicar las normas de realización, es decir, los patrones de actuación oficialmente acreditados como legítimos dentro del contexto institucional. Adaptarse a tales patrones implica adoptar ciertas formas de comportamiento que contienen sentido y valor. El docente ejerce cierto poder de influencia. Por eso, puede suceder que el estudiante se esfuerce por ajustar su actuación a las expectativas de desempeño que pesan sobre él. También el modelo transmitido puede provenir del centro hospitalario, de actores profesionales o no profesionales.

Los licenciados en Nutrición del hospital pueden operar como modelos a imitar y, de esta forma, contribuyen al proceso de socialización identificatoria. La relación con el entorno social está mediatizada por una figura, que desde su saber experto ocupa el lugar de autoridad y opera como modelo de referencia. Cuando existen modelos con orientaciones contrapuestas como puede ser el exigido por la institución de formación y el de la organización donde se desempeña el estudiante, pueden producirse conflictos que revelan la tensión de la experiencia.

El papel que juega en la formación la interacción del estudiante con el Licenciado en Nutrición del centro de práctica es muy importante, ya que contribuye a que identifique modalidades de respuesta frente a situaciones típicas de la vida profesional y acceda a un repertorio de comportamientos rutinarios, que quedan incorporados al conocimiento del sentido común. La imitación o repetición del comportamiento observado opera como un recurso al que el estudiante apela para sortear situaciones de dificultad especial.

La socialización en la práctica posibilita desplegar una cadena de identificación, a partir de la cual cada sujeto va construyendo su propio ideal profesional y va elaborando sus propios niveles de aspiración o logro. También, permite que el estudiante tome contacto directo con recursos y





herramientas de trabajo, que reflejan la historia de los modos de pensar y actuar característicos de la actuación profesional. Los objetos de trabajo, el kardex y otros, se transforman en objetos-signo y huella desde los cuales el estudiante internaliza supuestos que representan la vigencia de determinados modelos de desempeño. Asimismo, lo ubican en una matriz de interacciones, inscripta en un marco de reglas de funcionamiento que se vinculan con el poder y la autoridad, por ejemplo, la relación con el personal subalterno o con el resto de los miembros del equipo de salud. Aunque como ya expliqué la enseñanza debe formar para trabajar en equipo, se advierte en los contextos de desempeño rivalidad y competencia por ocupar posiciones estratégicas de poder y prestigio social. La participación del estudiante en esta trama de poder induce a actuar conforme a pautas de interacción que condicionan el desarrollo del despliegue del "yo social", como lo expresa Mendel (citado por Andreozzi, 1998: 40). Los profesionales podrán constituirse en modelos de actuación y permiten al estudiante aproximarse al mundo de lo simbólico que rodea las capacidades específicas de una profesión (Tenti y Gómez, 1989: 34).

### 2.2.4 El estudiante y el aprendizaje

Como ya expresé, 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 y 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, como expliqué, este personaje adoptará las pautas y patrones de desempeño de quien opere como modelo, pero en otras irá definiendo el rumbo de sus propias filiaciones profesionales.

El estudiante en el proceso va legitimando con un esquema de interpretación la validez cognoscitiva y los comportamientos en la práctica. Estos saberes se formulan como postulados 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 otros saberes destaco: 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 entretejen en la vida diaria de trabajo. Dicha práctica permite comprender 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 del vínculo.

La experiencia de formación en la práctica involucra al estudiante como actor y espectador de esta dramática y de las defensas colectivas que ella promueve y lo hace participe de nudos-argumentales institucionalizados en las organizaciones laborales que operan como asientos de esa práctica.

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.

## 2.2.4.1 El impacto afectivo de las prácticas en terreno

La primeras experiencias de formación en la práctica implementada durante la carrera constituyen hitos significativos del propio trayecto de socialización profesional (Andreozzi, 2000: 34).

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. También, tiene sentimientos de ambivalencia en la medida que, por un lado, la situación le posibilita crecer y desarrollarse como profesional, pero a la vez supone un abondono 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, debido a constatar diferencias entre el modelo profesional trasmitido 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 entretejen estrategias defensivas.

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 entorno a la tarea pesan sobre el accionar del estudiante en la práctica. Influyen también los modelos que el paciente ha elaborado sobre el "profesional", que aquí es un 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.





## 3. Marco Contextual

3.1 Factores que influyen en la definición de competencias del Licenciado en Nutrición en el campo de la atención nutricional hospitalaria

#### 3.1.1 Atribuciones del Licenciado en Nutrición en el MERCOSUR

La definición de las necesidades de formación del Nutricionista o Licenciado en Nutrición<sup>15</sup> está influida en buena medida por las recomendaciones de las asociaciones profesionales respecto a las áreas de competencia del profesional. 16 El Comité de Nutricionistas del Mercosur (CONUMER)<sup>17</sup> formuló un documento que contiene las atribuciones del Licenciado en Nutrición para los diferentes campos de actuación. 18 El propósito del documento es armonizar las reglamentaciones de los países y apuntar al libre tránsito de profesionales. Para ello se han considerado las actividades en términos de atribuciones en las diferentes áreas de actuación del profesional: Alimentación Colectiva, Nutrición Clínica, Nutrición Poblacional, Enseñanza y otras de menor inserción laboral o más incipientes. Cada una a su vez nuclea variados espacios de trabajo que contextualizan las competencias requeridas. En el Anexo I se pueden ver las atribuciones exclusivas al Área Clínica y particularmente las específicas para hospitales y clínicas. En el siguiente cuadro ordené estas atribuciones según las dimensiones a las que aluden cada una de ellas, a los efectos de llegar a una mejor comprensión respecto a su alcance y limitantes.

<sup>18</sup> Actividades profesionales exclusivas o reservadas al título. Aprobado en el XVI CONUMER. Viña del Mar. Chile. Octubre 2008.





<sup>15</sup> Las titulaciones varían en los países del MERCOSUR. En Brasil el título es de Nutricionista, mientras que en Argentina y Uruguay es de Licenciado en Nutrición. La asociación profesional uruguaya mantiene la denominación Asociación Uruguaya de Dietistas y Nutricionistas (AUDYN), títulos que antecedieron al de Licenciado en Nutrición. A los efectos del presente trabajo se empleará Nutricionista y Licenciado en Nutrición como equivalentes.

<sup>16</sup> El término competencia aquí es empleado con la acepción de incumbencia.

<sup>17</sup> El CONUMER está integrado por la Federación Argentina de Graduados en Nutrición (FAGRAN), el Conselho Federal de Nutricionistas de Brasil (CFN), la Asociación Paraguaya de Graduados en Nutrición (ASPAGRAN), la Asociación Uruquaya de Dietistas y Nutricionistas (AUDYN) y las asociaciones de Nutricionistas de Chile y Venezuela.

## Cuadro 3. Atribuciones del egresado en hospitales y clínicas según las dimensiones humanística, técnica y procesal. CONUMER, 2008

## HUMANÍSTICA

- H1-Recurre a otros profesionales y/o solicita asistencia técnica especializada.
- H2-Integra el equipo multidisciplinario, con participación plena, en la atención prestada al usuario.
- H3-Colabora en la formación de profesionales y del futuro profesional en el área específica, orienta prácticas en terreno y participa en programas de entrenamiento.

#### **TÉCNICA**

- T1-Evalúa el estado nutricional de pacientes a partir del diagnóstico clínico, exámenes de laboratorio, anamnesis alimentaria y exámenes antropométricos.
- T2-Establece la dieta del paciente, hace las adecuaciones necesarias.
- T3-Prescribe complementos nutricionales cuando sea necesario.
- T4-Registra en la historia del paciente: la prescripción dietoterápica, la evolución nutricional, las interconsultas y el alta.
- T5-Elabora la previsión del consumo periódico de alimentos para el alta o la atención ambulatoria.
- T6-Orienta y supervisa la preparación y confección, rotulado, almacenamiento, distribución y administración de dietas especiales.
- T7-Solicita los exámenes complementarios para el seguimiento de la evolución nutricional del usuario cuando sea necesario.
- T8-Orienta y educa alimentaria y nutricionalmente a usuarios y familiares.
- T9-Desarrolla manuales de especificaciones de dietas.
- T10-Planifica, implementa y coordina la Unidad alimentación y nutrición de acuerdo con las atribuciones establecidas para el área de alimentación colectiva.

### **PROCESAL**

- P1-Desarrolla investigaciones y estudios relacionados con su área de actuación.
- P2-Define, planifica, organiza, supervisa y evalúa las actividades de asistencia nutricional a los clientes.
- P3-Efectúa el control periódico de los trabajos ejecutados.

Se observa un particular desarrollo de la dimensión técnica y algunos vacíos en las dimensiones humanística y procesal. En la dimensión técnica se pueden diferenciar niveles de actuación organizacional. Desde la actividad T1 a T9 se expresan las atribuciones particulares para un Licenciado en Nutrición que se desempeña en una unidad asistencial y en vínculo directo con el enfermo. En la actividad T10 las responsabilidades corresponden a un nivel de dirección. Sin embargo, es importante considerar que en nuestro país la realidad en el desempeño laboral marca





que en algunas organizaciones no existe una estructura organizacional que permita tal diferenciación. Probablemente esta sea la razón por la que se incopora esta actividad en la atención nutricional a pacientes. En la dimensión técnica se reconocen actividades que marcan un predominio de lo curativo frente a lo preventivo como es lógico al área de actuación analizado, aunque la educación alimentario-nutricional puede tener un doble alcance según la situación lo justifique.

También se observan dos ejes en las actividades técnicas. En un eje están las actividades vinculadas directamente con los usuarios del Servicio de salud (T1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9), referidas a las etapas del proceso de atención nutricional, así como a las actividades comprendidas en él. El otro eje es el que nuclea la administración de alimentos, que permite hacer efectiva, eficaz y eficiente la asistencia alimentaria en los usuarios del centro hospitalario (T6). La interacción con pacientes, profesionales y personal dependiente es ineludible en las diversas actividades de orden técnico.

Respecto a la dimensión humanística, parece más claramente expresada la función vincular y grupal que la ética. La función grupal se revela particularmente en el vínculo con otros profesionales y en el reconocimiento de sus aportes a la atención de la enfermedad (H1, 2). La contribución con la orientación a estudiantes y profesionales en las prácticas en terreno (H3) imprime un compromiso ético.

En la dimensión procesal se considera claramente la responsabilidad en la creación de conocimientos a través de la ejecución de investigaciones, mientras que metodológicamente se indica que las actividades deben ser realizadas siguiendo principios científicos de administración (P2 y 3).

Otro documento complementario fue el elaborado por el Subcomité de Enseñanza del CONUMER, <sup>19</sup> relativo a estándares para la formación universitaria de la carrera de nutricionista, la misión y el perfil profesional. <sup>20</sup> (Anexo II)

Este documento señala que la formación universitaria debe poner énfasis en las problemáticas

El perfil de egreso: "[...] el Nutricionista es el profesional universitario con capacidades, conocimientos, habilidades, con sólidos principios éticos, bases científicas y actitud que le permitan actuar con responsabilidad social en todas las áreas del conocimiento en el que la alimentación y la nutrición sean necesarios para la promoción y recuperación del a salud, para la prevención de enfermedades de los individuos y grupos poblacionales, contribuyendo a la mejoría y mantenimiento de la calidad de vida".







<sup>19</sup> Estándares para la formación superior universitaria para la carrera de Nutricionista: XVII CONUMER. Montevideo. Abril 2009.

<sup>20</sup> La Misión: "la formación superior universitaria en nutrición debe incluir entre sus objetivos que los graduados tengan las competencias mínimas para el desempeño profesional requerido por la legislación y normativas vigentes; las actitudes necesarias para la formación permanente independientemente de su futura formación de posgrado".

alimentario-nutricionales nacionales y regionales, de esta forma, marcar el compromiso con la sociedad, papel ineludible de la universidad que ya se vio en el anterior capítulo. Tanto la misión de las instituciones educativas como el perfil complementan las dimensiones adjudicadas al profesional en el marco del desempeño. Se menciona la necesidad de una actitud hacia la formación permanente y un trabajo basado en principios científicos. Particularmente la función procesal se ve reflejada cuando se apela a la autoformación y hábitos de estudio. Los valores en los que se deberá basar el trabajo, así como la responsabilidad social refieren a la función ética en su accionar.

El documento también alude a los aspectos programáticos, ya que indica la necesidad de una formación teórico-práctica temprana, con actividades prácticas que integren las diferentes áreas de formación. Como vemos estos componentes completan de alguna manera la multidimensionalidad a la que se debe apuntar en la formación del Licenciado en Nutrición. Sin lugar a duda, estos documentos deben ser insumos para la definición de las acciones educativas.

#### 3.1.2 Demandas en la formación de recursos humanos del área salud

La formación de los recursos humanos en salud abre interrogantes a la enseñanza de nivel superior: ¿cómo la educación puede formar para nuevos contextos?; ¿qué exigencias existen para los profesionales de la salud hoy en día?; ¿cómo están cambiando las condiciones de empleo?

Entre algunos cambios se observan: el fortalecimiento de la importancia del conocimiento y la innovación; el aumento de la población de la Tercera edad y su impacto social; el incremento de la participación de la mujer; el avance tecnológico; los problemas del multiempleo y el aumento de emprendimientos propios; el énfasis en el funcionamiento en redes. Esto demanda que la enseñanza trabaje en la formación de capacidades cognitivas superiores.

El Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay (SNIS) posiciona a los recursos humanos de la salud en una red de Servicios, donde se prioriza el trabajo en equipos multidisciplinarios, ya que pretende mejorar la atención de los usuarios, a través de una atención adecuada a sus necesidades. Esto implica una mirada integral de la salud, por lo tanto, aumentar las estrategias de promoción y prevención, promover la interconsulta y la derivación a diferentes niveles del sistema de ser necesario; mejorar los registros y desarrollar un sistema informatizado de la atención. Plantea optimizar la eficacia, para lograr el desarrollo de un sistema de salud sustentable económicamente.

Para el área salud, es particularmente crítica la relación entre condiciones de empleo, características de las organizaciones, políticas de salud y la formación de los recursos humanos,





de la cual es responsable la Universidad. Muestra de ello es el histórico trabajo en conjunto que existe entre el Ministerio de Salud Pública como organismo normativo, la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) como efector de salud del Estado y la Universidad de la República.

Un sistema de salud debe dar garantía de que los servicios de salud tengan la capacidad de responder a las necesidades de la población, de que se centren en las personas y en una atención integral de sus necesidades, resolviendo, conteniendo y dando apoyo. Los servicios deben estar orientados a la calidad, anticiparse a las necesidades, considerar los conocimientos clínicos, la actualización continua y cuidar que los procedimientos sean adecuados a las intervenciones y respondan a modelos de trabajo acordes a las necesidades. Para ello, se requieren, entre otras medidas, la capacitación continua y la potenciación de habilidades de los trabajadores de la salud, mediante coordinaciones con las instituciones formadoras de los recursos humanos (Benia, Macri y Berthier, 2008: 137).

Este nivel de interacción entre la formación de profesionales del área salud y la praxis fue estudiado con la creación de un instrumento metodológico, que evaluó la competencia y el desempeño profesional de los médicos en un policlínico de Cuba (Senado Dumoy y cols., 2005). El indicador fue la atención recibida en relación con la mortalidad adulta en dicho policlínico. El estudio pretendió identificar las necesidades de aprendizaje de los profesionales médicos desde el camino inverso, o sea, partiendo de la praxis.

Los principales problemas detectados fueron la calidad en los encuentros profesional-paciente y las orientaciones brindadas a los pacientes, lo que denota problemas en las habilidades de comunicación. También se encontraron deficiencias en la aplicación del método clínico, problemas de gestión en la atención a los problemas de salud y dificultades en la comunicación escrita en las historias clínicas. Esto muestra debilidades en las dimensiones técnica y metodológica. Si bien, como marqué en el Capítulo 1 y profundizaré en la siguiente sección, existen influencias del ámbito externo e interno que delimitan el desempeño profesional, es innegable el papel que debería tener la enseñanza universitaria de los profesionales como elemento transformador de la realidad.

## 3.1.3 El contexto y la modalidad de desempeño del Licenciado en Nutrición en el campo hospitalario

Las atribuciones establecidas por el CONUMER para el Licenciado en Nutrición en hospitales y clínicas tienen un marco contextual regional, que atiende a las potencialidades y debilidades que deben respectivamente afianzarse y revertirse en la profesión, desde los ámbitos de desempeño y sus vínculos con las universidades que forman al profesional.





Una interesante investigación (Araújo de Sousa y Pacheco da Costa, 2004: 425-436) compara las modalidades de desempeño realizadas por licenciados en Nutrición en hospitales de Brasil, ubicados en la región metropolitana de San Pablo, con las realizadas por licenciados en París, Francia. En el cuadro 4 he sintetizado los factores que, como producto de esta investigación, se consideran que deben tenerse en cuenta en la formación de los profesionales en nutrición, dadas las características de la práctica profesional en los respectivos ámbitos laborales.

Cuadro 4. Factores que influyen sobre las prácticas de los licenciados en Nutrición

FACTORES	CARACTERÍSTICAS
políticas y sistema de salud <sup>21</sup>	-insuficiente inversión en la atención primaria
	-hospitales con diferente estadía
problemas de salud <sup>22</sup>	-perfil epidemiológico de la población
	-nivel socioeconómico de la población
	-accesibilidad a servicios y bienes
	-composición demográfica
	-comportamiento de la población en relación con la
	alimentación y nutrición
desarrollo industrial y tecnológico <sup>23</sup>	-el apoyo tecnológico para el control de calidad en la
	cadena de producción y suministro de alimentos
	-innovación tecnológica de equipos
	-la informatización en la administración

<sup>21</sup> Las características del sector salud contribuyen a definir las demandas de salud y nutrición. Algunas de estas características son: los recursos asignados a la atención primaria, el desplazamiento de la población hacia centros urbanos en busca de servicios especializados ofrecidos en los hospitales, la reducción del número de camas en la hospitalización, la reducción de la complejidad y la especificidad de las enfermedades y sus complicaciones, el fenómeno de envejecimiento de la población y la definición de servicios hospitalarios con diferentes categorías de estadía, hospitales de día e internación domiciliaria.

<sup>23</sup> El contexto industrial –relacionado con el apoyo tecnológico para el suministro de materias primas y equipos– favorece el control de calidad en la cadena de producción y suministro de alimentos. Los nuevos conceptos en la producción de comidas colectivas –en Francia, por ejemplo– se caracterizan por la producción de alimentos preelaborados y por la innovación tecnológica en equipos. Esta tecnología es trasladada al sector hospitalario a efectos de satisfacer las expectativas de los pacientes. La informatización de los procedimientos administrativos y el uso de programas que incluyen una interfaz entre la producción de alimentos hospitalarios y la nutrición clínica mostraron un marco satisfactorio para el trabajo de los profesionales en Francia. Por el contrario, en Brasil, muchos de los procedimientos administrativos aún no están informatizados, lo que requiere más tiempo disponible para la nutrición clínica, para la elaboración de alimentos, para la realización de manuales, formularios, registros, formulación de pedidos y procesamiento de la información.





<sup>22</sup> Las condiciones sanitarias de la población y la diversidad del perfil epidemiológico dentro de un mismo país –como acontece en Brasil– vuelven complejas las estrategias de nutrición y alimentación, por lo que requieren de una mayor habilidad para coordinar las diferentes actividades y recursos de gestión. Existen componentes que pueden implicar riesgo para la salud y deben ser considerados: la disponibilidad de alimentos, la accesibilidad económica y geográfica a alimentos y servicios, las condiciones ambientales, la composición demográfica, los indicadores de salud, el nivel de urbanización e industrialización de la sociedad, el comportamiento de la población con relación a la alimentación, las tendencias a la simplificación de comidas y a formas de elaboración rápidas.

formación profesional <sup>24</sup>	-nivel de formación profesional
1	

Según las autoras la práctica profesional parecería caracterizarse por la fragmentación de las actividades, la imprevisibilidad en la elaboración de alimentos debido a la inestabilidad de recursos humanos y materiales, la comunicación intensa con diversos interlocutores, el desplazamiento excesivo, la presión del tiempo con diagnósticos y decisiones tomadas en un corto plazo, la demanda intensiva mental, especialmente, cognitiva para entender la información procedente de diversas fuentes. Otros aspectos que surgen de la investigación son las tendencias que se esperan para el futuro:

- -el paciente como centro de las políticas de salud
- -la calidad en la atención por medio de:
  - -una interacción adecuada entre la asistencia nutricional en términos de priorización de problemas, establecimiento de necesidades nutricionales y plan de tratamiento con la prestación de alimentos
  - -la evaluación al ingreso del paciente con el fin de discriminar las necesidades
- -propender a la integración en los equipos de salud
- -establecer indicadores de calidad y sistemas de control y certificación en el servicio.

Considerando la necesidad de una orientación preventiva, se incluye como deseable en el modelo de formación la incorporación de estrategias educativas que promuevan el conocimiento sobre los alimentos, los métodos de preparación y la relación de estos con la enfermedad.

## 3.2 El plan de estudios y la formación en nutrición clínica

## 3.2.1 La formación en nutrición y dietética en la UdelaR: historia de los títulos

La historia de la profesión en el Uruguay fue construida y reconstruida para su difusión por muchos de sus protagonistas en una valiosa publicación de sugestivo título: "Para alimentar la memoria" (Bragaña, Carbajal, Gonnet y Saravia, 2008). Este trabajo recoge el surgimiento de la profesión de dietista y los tránsitos al Nutricionista-Dietista y Licenciado en Nutrición. Recorre los planes de estudios y el papel de la asociación profesional y de la ex-Escuela de Dietistas, hoy denominada Escuela de Nutrición y Dietética.

En América Latina la profesión surge con el título de dietista en 1933 en Argentina, fruto de gestiones promovidas por el Profesor Pedro Escudero.<sup>25</sup> En ese entonces en Europa las funciones

<sup>25</sup> Creador y primer Director del Instituto Nacional de la Nutrición, de la Escuela de Dietistas y del curso para médicos dietólogos. Titular de la Cátedra de Clínica de la Nutrición en la Escuela de Medicina de la







<sup>24</sup> En Brasil formación universitaria profesional y en Francia formación en escuelas técnicas.

del dietista estaban desempeñadas por asistentes, que se formaban en escuelas organizadas por hospitales. En Estados Unidos el futuro dietista estudiaba economía del hogar, con énfasis en la alimentación, y luego realizaba un internado en un hospital. Esta formación era regulada por la Asociación Americana de Dietética.

El enfoque dado por Escudero a la profesión se irradió a toda América Latina, y empezaron a formarse profesionales con estudios específicos de nutrición y de nivel universitario. En 1945 en Uruguay el estudio de la dietética comenzó como un curso y en 1956 se transformó en profesión con el título de Dietista, emitido por la Escuela de Dietistas de la Facultad de Medicina, cuyo director era el Dr. Alberto Munilla.<sup>26</sup>

Acompañando la expansión de las especialidades médicas, la formación profesional se orientaba a mediados del siglo XX exclusivamente al ámbito hospitalario. El curso de dietistas surge en la cátedra de gastroenterología y tenía un especial énfasis en la dietética hospitalaria. Esto coincide con la evolución de la educación médica, que en la primera mitad del siglo XX se concentraba en hospitales propios o asociados y la clínica médica se segmentaba en especialidades. Como una de estas ramas subsidiarias fue concebida la enseñanza de la nutrición. Es claro entender así que la Escuela de Dietistas se ubicara físicamente en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela".

Fue a posteriori de esta corriente que, patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) en 1966 da origen a la formación de profesionales en nutrición con otro enfoque. Se agrega a la formación el diagnóstico de la problemática nutricional, la planificación y la evaluación de programas de nutrición aplicada a la salud pública. En este marco, en 1973 la Escuela de Dietistas se transforma en Escuela de Nutrición y Dietética y la formación amplió el campo de acción del profesional. En 1998 se aprueba el actual plan de estudios que, más que modificaciones en los contenidos respecto al plan anterior, intentó realizar cambios metodológicos a través de la creación de varios talleres interdisciplinarios durante el currículum.

El origen de la carrera próximo a las especialidades médicas y con fuerte inserción laboral en el campo hospitalario podría estar influyendo en una enseñanza de la nutrición con débil interacción entre la nutrición en el ciclo vital -nutrición normal- y la nutrición clínica y, como consecuencia, entre la salud y la enfermedad. Seguramente el proceso histórico de las profesiones incide en la resolución de propuestas curriculares.

Universidad de Buenos Aires.

26 Médico pediatra. Primer Jefe del Departamento de Alimentación del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Director de la Escuela de Dietistas, 1956-1965.





Educación

## 3.2.2 El plan de estudios de la Licenciatura en Nutrición y el perfil de egreso

El plan de estudios de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad de la República (Anexo III), aprobado en 1998, define el perfil del Licenciado en Nutrición de esta forma:

un egresado con capacidades, conocimientos, habilidades y actitudes que le permiten ejercer la profesión en todos los niveles y tomar las decisiones en cualquiera de las áreas de la Nutrición en que actúa. [Es un profesional capaz de] evaluar el estado nutricional de la población a nivel colectivo e individual, administrar programas de alimentación, nutrición y educación, realizar investigación en estas áreas e integrarse a equipos multiprofesionales para incidir significativamente en la situación alimentario-nutricional mediante acciones de prevención, promoción y atención.

El perfil profesional tiene el carácter de una imagen objetivo para la planificación del plan de estudios en el grado y se interpreta como un patrón que guía la formación desde etapas tempranas. Para el Licenciado en Nutrición el perfil promulga una titulación generalista, por lo que incorpora las áreas de actuación históricas y presentes e incorpora otras en desarrollo. Estas se construyeron en encuentros de egresados, estudiantes y docentes durante la elaboración del plan de estudio vigente.

El plan de estudios se estructura en cuatro niveles: básico, intermedio, avanzado y profesional, (Anexo IV) y tiene una carga total de 4194 horas. Los cursos específicos de la formación se nuclean en tres ejes: los alimentos, la nutrición y el hombre. Se muestran en forma esquemática los cursos, talleres y práctica pre-profesional en el último año.

El plan de estudios ubica los cursos Nutrición Básica y Nutrición en el Ciclo Vital –enfocados al individuo sano– en niveles previos al curso Nutrición Clínica en enfermedades médicas y quirúgicas –centrado en el individuo enfermo–. En el nivel Intermedio se desarrolla el taller de evaluación del estado nutricional, que tiene un abordaje interdisciplinario, incorpora metodología e indicadores para el diagnóstico nutricional durante el ciclo vital en la salud y en la enfermedad e incluye tanto la valoración individual como la poblacional. La división disciplinar entre la salud y la enfermedad atraviesa seguramente los modos de enseñar, aprender y comprender la nutrición.

El nivel profesional (Anexo V), en el último año de formación, se divide en dos ejes: la práctica pre-profesional y el diseño y ejecución de una investigación. La práctica nuclea dos ámbitos de desempeño profesional: el hospitalario y el territorial.

En el ámbito territorial el estudiante se desempeña en el Primer Nivel de Atención en Salud, aplicando diversas estrategias de intervención: atención nutricional, individual, ambulatoria; participa en diferentes etapas de un programa de asistencia alimentario-nutricional, en actividades de educación alimentario-nutricional, en programas integrales de desarrollo local, y en asesoramiento a servicios de alimentación y nutrición locales, entre otros.





En el ámbito hospitalario, realiza la atención alimentario-nutricional a pacientes hospitalizados y la práctica en una unidad de producción de alimentos hospitalaria.

3.2.2.1 La práctica pre-profesional en la atención nutricional en la hospitalización

Centrándonos en el último año de formación, la práctica pre-profesional en la atención nutricional hospitalaria es realizada en un centro hospitalario y es supervisada permanentemente por licenciados en Nutrición. La guía sobre los procesos reflexivos que orientan al estudiante a la autoformación y metacognición es realizada por el equipo docente.

El desempeño estudiantil en el campo de la atención nutricional hospitalaria está orientado por un modelo básico de desempeño, que deberá desarrollar el estudiante en su práctica (Anexo VI). Como es de esperarse, las actividades que allí se describen guardan similitud con las atribuciones definidas por las asociaciones profesionales en el CONUMER (Anexo I), aunque pueden advertirse algunas diferencias como analizaré en párrafos siguientes.

El modelo básico de desempeño en este campo de práctica fue redactado en el marco del proceso de diseño del Plan de Estudios e implicó un trabajo del colectivo de docentes y egresados, a efectos de otorgarle mayor consistencia y ser aplicable en forma bastante independiente a los contextos organizacionales.

Tanto en las atribuciones profesionales pautadas para el MERCOSUR, como en el modelo básico de desempeño para la práctica pre-profesional, las actividades se inscriben dentro del Proceso de Atención Nutricional en Clínica (PANC). Como se explicó en el Capítulo 2, este fue desarrollado por la Asociación Americana de Dietética (ADA) y adaptado y publicado por la Asociación Uruguaya de Dietistas y Nutricionistas (AUDyN) y la Escuela de Nutrición (UdelaR) en 2006.

En el Cuadro 5 se muestra el modelo básico de desempeño con las actividades para la práctica pre-profesional en la atención nutricional hospitalaria ordenadas por dimensión.

La dimensión técnica se asienta sobre la dimensión procesal. Esta última no se expresa en actos, sino a través del pensamiento que existe detrás de la acción. Se identifican en el cuadro desde P2 a P5. Expresa la necesidad de actuar con criterios de oportunidad y pertinencia; jerarquizar el tipo de problema; considerar diversidad de métodos e indicadores; registrar y tomar la información como insumo en el proceso de atención nutricional. En cambio, en las atribuciones asignadas al Licenciado en Nutrición en hospitales y clínicas del MERCOSUR esto se recoge en las diferentes etapas del proceso de atención aludiendo a la planificación, organización, supervisión y evaluación de la asistencia nutricional (Anexo I).





La dimensión humanística incluye: la motivación al paciente a través de la alimentación ofrecida, la atención a sus hábitos alimentarios, considerar los atributos sensoriales vinculados al valor psicológico de la alimentación; por último tener presente en la atención la etapa en la que se encuentra el paciente en relación con su enfermedad. Estos aspectos se indican en el cuadro desde H1 a H4. Se puede advertir que el comportamiento ético considera la relación con todos los actores (H5), hecho que lo distingue de las atribuciones humanísticas asignadas al Licenciado en Nutrición en el MERCOSUR, donde esto no se expresa. A la inversa, en estas se menciona la interconsulta entre profesionales, que no está especificada en el modelo básico de desempeño para la práctica pre-profesional.

En la dimensión técnica en el modelo básico de desempeño se indican las actividades, inherentes al proceso de atención nutricional y a la administración de alimentos, que hacen efectiva la asistencia alimentaria. Es importante destacar que tanto las atribuciones profesionales definidas por las asociaciones profesionales como las actividades de orden técnico definidas para la práctica pre-profesional involucran no solo al paciente, sino a la familia y a los funcionarios dependientes del Servicio de Alimentación y Nutrición, como puede verse en T9 y T 12. También, hay que precisar que desde T1 a T9 y en T12 se describen actividades del proceso de atención nutricional; mientras que T10, T11 y T13 corresponden al proceso de administración de alimentos con el que se hace efectiva la asistencia alimentaria a los pacientes.



**Cuadro 5.** Modelo básico de desempeño en el campo de la atención nutricional en la hospitalización en la práctica pre-profesional. Actividades ordenadas por dimensiones. Plan de Estudios de la Licenciatura en Nutrición. Escuela de Nutrición y Dietética. UdelaR. 1998

## **HUMANÍSTICA**

- H1-Brinda asistencia considerando la adaptación del paciente a su situación de enfermedad.
- H2-Considera los hábitos (rechazo, preferencia) del paciente en la terapéutica nutricional.
- H3-Cuida los aspectos sensoriales de los alimentos para obtener la aceptabilidad de los pacientes a su tratamiento.
- H4-Se interesa por la motivación y educación de los pacientes a través de la alimentación ofrecida.
- H5-Tiene un comportamiento ético con pacientes, funcionarios, colegas, profesionales.
- H6-Imparte directivas al recurso humano del sector.
- H7-Coordina con personal de producción los ajustes al servicio de comidas.
- H8-Se integra al equipo de salud en el proceso de atención.

## TÉCNICA

- T1-Valora la situación al ingreso del paciente.
- T2-Valora el estado nutricional de los pacientes.
- T3-Planifica la alimentación de los pacientes a través de estándares o indicaciones especiales.
- T4-Documenta en la historia clínica y ficha dietética.
- T5-Formula el pedido de dietas y alimentos.
- T6-Evalúa la adherencia al tratamiento por diferentes fuentes.
- T7-Evalúa la satisfacción de los pacientes.
- T8-Realiza control de ingesta en caso necesario.
- T9-Educa a familias y pacientes.
- T10-Evalúa la adecuación el pedido de dietas, la distribución y el servicio.
- T11-Documenta el proceso de administración de alimentos: planificación de menús, totalización de menús.
- T12-Educa en servicio al recurso humano dependiente.
- T13-Controla la higiene de alimentos, equipo, recurso humano.

### **PROCESAL**

- P1-Realiza estudios que mejoren la atención nutricional.
- P2-Basa sus decisiones en fundamentos técnicos.
- P3-Establece criterios de oportunidad y pertinencia en su accionar, jerarquizando los problemas.
- P4-Emplea diversidad de indicadores, métodos y fuentes de información como insumos para la planificación.
- P5-Conoce las características de la población asistida a través de la sistematización de la información generada en su práctica.







#### 3.2.2.2 El curso Nutrición Clínica

### a- El alcance de la nutrición clínica

El término *nutrición clínica* suele emplearse como sinónimo de alimentación enteral y parenteral, vinculada fundamentalmente a la alimentación artificial dirigida a pacientes en estado crítico. Sin embargo, su alcance trasciende esta definición, es decir, busca las mejores evidencias científicas en nutrición para prevenir y tratar enfermedades en las que se pueda incidir favorablemente.

Cada nivel de la carrera pretende cumplir con diferentes objetivos. Los objetivos del curso Nutrición Clínica se corresponden con los propuestos en el nivel avanzado de la carrera.<sup>27</sup>

## b- Objetivos del curso

Los objetivos del curso son: comprender el efecto de la pérdida de salud en el paciente y su familia, a efectos de abordar su terapéutica nutricional con enfoque ético y humano siguiendo el proceso de atención nutricional; identificar y analizar el diagnóstico y la situación fisiopatológica de los pacientes; identificar pacientes de riesgo nutricional y definir estrategias; adquirir destrezas en la búsqueda de información para garantizar la resolución de problemas alimentario-nutricionales a nivel clínico; relacionar los conocimientos adquiridos para aplicarlos en la realización de la terapéutica nutricional según el momento evolutivo de la enfermedad; adaptar los planes de alimentación a la situación clínica, a las características particulares del paciente, sus hábitos y el entorno socio cultural y económico; jerarquizar la intervención nutricional como parte del diagnóstico, tratamiento y seguimiento; valorar la atención nutricional como parte activa del tratamiento; participar en el equipo de salud, promoviendo el abordaje integral y la atención interdisciplinaria; investigar aspectos relacionados con los factores nutricionales involucrados en la etiología, tratamiento y evolución de la enfermedad.

## c- Organización del curso

El curso cuenta con: clases teóricas, prácticos en aula para planificación de tratamiento nutricional en diversas situaciones clínicas, prácticas en terreno en unidades de hospitalización médicas y quirúrgicas de centros hospitalarios, ateneos de discusión de casos clínicos. Tiene una duración de quince semanas. El curso teórico como propuesta metodológica ofrece material bibliográfico al estudiante, generalmente a través de la plataforma virtual de la UdelaR, al inicio de un tema y aspira a trabajar en el aula partiendo de los aportes estudiantiles. En la segunda semana se incorporan los prácticos de cálculo de planes de alimentación, que los estudiantes deberán

<sup>27</sup> Los objetivos educativos en el nivel avanzado son: "profundizar el estudio de la nutrición en el proceso de salud-enfermedad a nivel individual y poblacional; aplicar el método epidemiológico a situaciones provenientes de diferentes ámbitos del quehacer profesional; analizar la dimensión de la ética profesional desde diferentes situaciones de la práctica; abordar el proceso de administración en la gestión de los Servicios de Alimentación y Nutrición". Plan de Estudios de la Licenciatura en Nutrición 1998.





\_

resolver en forma grupal. Esta experiencia pretende que el estudiante adquiera destreza en el cálculo de planes de alimentación, partiendo de problemas clínicos de alta frecuencia.

En la quinta semana del curso comienza la práctica hospitalaria. Como producto de esta práctica el estudiante en forma individual debe entregar protocolos con la información recogida en el hospital de los pacientes asignados y el tratamiento propuesto. Algunos de estos productos son evaluados y devueltos al estudiante para identificar fallas y aciertos.

En la octava semana de curso se incluye la presentación de situaciones clínicas. Se seleccionan algunas situaciones clínicas correspondientes a patologías médicas, por ejemplo, de resolución quirúrgica, a los efectos de contemplar la mayor variabilidad de abordajes de tratamiento alimentario-nutricional. El estudiante que tiene asignado el paciente seleccionado por la situación clínica realiza la presentación. El caso es trabajado junto con los docentes y el resto del grupo de estudiantes.

### d- La práctica hospitalaria del curso Nutrición Clínica

La práctica hospitalaria tiene como objetivos llevar la teoría a la realidad hospitalaria, tanto en patologías médicas como quirúrgicas, adaptar la situación clínica del paciente y proyectarla a su vida cotidiana, simulando el alta. Se incorporan como contexto tanto factores individuales como del entorno. Las situaciones clínicas requieren de la individualización de la situación, la planificación institucional y familiar en la que se recorre el proceso de atención nutricional desde la búsqueda de información hasta el monitoreo. Se busca que el estudiante jerarquice los problemas y que llegue a una resolución a través de un pensamiento crítico.

En relación con el contexto de aplicación del proceso de atención, se considera importante que el estudiante interactúe con el equipo de salud hospitalario, con un doble propósito: por un lado, reconocer la importancia de un abordaje integral y valorar el saber de otros y el propio; y, por otro, partiendo de los aportes estudiantiles en la atención de los pacientes, generar espacios de participación e inclusión disciplinar.

El estudiante concurre al centro hospitalario tres veces por semana. La práctica es orientada por un docente que tiene a su cargo un subgrupo de estudiantes. Además de la interacción individual, que potencialmente se pudiera dar en las unidades de hospitalización, existe un encuentro semanal de tres horas de discusión del subgrupo de estudiantes con su docente guía, para discutir las temáticas derivadas de la atención a los pacientes.

La asignación de actividades y número de pacientes se realiza en forma progresiva, hasta un máximo de tres pacientes en simultáneo. Se estima que durante el curso el estudiante tendrá un





vínculo directo con diez pacientes, además de las situaciones clínicas que se abordan grupalmente.

El docente orientador modeliza algunas actividades del proceso de atención como la búsqueda de información en la historia clínica y la entrevista al ingreso -tomado como el momento en que el estudiante lo capta- a los efectos de realizar el diagnóstico al ingreso. Metodológicamente, como se mencionó antes los docentes trabajan con los estudiantes la jerarquización de la información recogida según la situación de cada paciente.



## 4. Metodología

La investigación fue mixta, ya que contó con un diseño cuantitativo (descriptivo, transversal) y, también, cualitativo (análisis del discurso). En cuanto al estudio cuantitativo, la población estudiada 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 (Anexo VII). Previamente se realizó una prueba piloto.

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. Fue necesario contar con previo consentimiento informado de los estudiantes. Estos podían consultar apuntes y trabajos prácticos, si necesitaban, como ayuda memoria. La encuesta se aplicó durante las últimas tres semanas del curso.

En la etapa de procesamiento y sistematización de la información utilicé como herramienta el programa Microsoft Excel para crear una base de datos y el programa Word para diseñar las tablas y gráficas.

Para el análisis establecí 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. A modo de ejemplo, el criterio "suficiente" implica 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.

# 4.1 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<sup>28</sup> 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

<sup>28</sup> Método para identificar pacientes desnutridos o con riesgo de desnutrición e implementar medidas tempranas.





## I- 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

- 4.2 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
- 4.2.1 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.

Especifico 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

## 4.2.2 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

# 4.3 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)

Actividades con baja interacción con el contexto: no se dan los ítems anteriores.

Decidí también abordar el objeto de estudio desde una metodología cualitativa para profundizar en los significados que tuvo la práctica hospitalaria como experiencia educativa y descubrir relaciones multireferenciales de esta experiencia según las vivencias estudiantiles. Indagué en cuestiones como: los roles sociales experimentados durante la práctica, la proyección realizada y los juicios respecto a las debilidades y fortalezas de la experiencia.

Realicé entrevistas en profundidad a siete estudiantes. La elección de los estudiantes contempló diversos factores: edades y género diferentes, que hubieran manifestado diferentes grados de motivación en este campo de práctica, desde la desmotivación hasta la preferencia para el desempeño futuro en este, estudiantes con y sin experiencia laboral y el desarrollo de la experiencia en diferentes centros hospitalarios y con diferentes docentes guías. Estos factores permitirían maximizar las oportunidades de descubrir variaciones entre conceptos expresados en los diferentes tópicos y hacer más densas las categorías en términos de propiedades y dimensiones. Previo consentimiento informado se les explicó el objetivo de la entrevista, su desvinculación con la calificación del curso, la necesidad de que profundizara sus opiniones, así como el carácter anónimo.





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 en el mismo período que el relevamiento de datos antes descrito, o sea dentro de las últimas tres semanas de práctica hospitalaria. Se llevaron a cabo en espacios fuera del aula, tanto dentro como fuera de la institución, para poder 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. Es de destacar que se encontraban en un momento de particular sensibilidad, ya que eran los últimos días del curso.

Preferí la entrevista personal y en forma oral, porque considero que la oralidad le permite al entrevistado trasmitir con mayor espontaneidad sus valoraciones y porque la producción de un texto que refleje sus ideas fielmente demanda más tiempo y la capacidad de poder hacerlo con eficacia. La entrevista cara a cara permitió observar el nivel de comprensión de las preguntas y el grado de cooperación del entrevistado, que siempre fue el máximo esperado.

El trabajo con grupos focales podría haber sido enriquecedor, dado que promueve la discusión, la interacción discursiva y la contrastación de las opiniones. Esto tal vez hubiera generado mayor condensación de las categorías. Sin embargo, fue descartado porque el hecho de que los estudiantes en este período se encontraran en instancias previas a la evaluación del curso, con escaso tiempo, lo que habría dificultado la implementación.

Por otro lado, un método como la observación participativa durante la práctica podría haber condicionado el accionar de los estudiantes, al vincular el rol del investigador al del docente.

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. Por último, alcancé una categorizacón final sobre la cual se estructura el análisis (Anexo VIII).

Si bien partí 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 a la práctica como espacio de formación en nutrición clínica.

# 4.4 Categorías de análisis que surgieron del estudio cualitativo

- 1. La práctica hospitalaria
- 1.1 El desempeño y su relación con el paciente, la salud y la enfermedad
- 1.1.1 La relación interpersonal
- 1.1.2 La relación con el enfermo y la enfermedad
- 1.1.2.1 El impacto afectivo
- 1.1.2.2 Empatía con el enfermo
- 1.1.3 Sensibilización con el campo hospitalario
- 1.1.3.1 La huella inicial al campo de desempeño
- 1.1.3.2 Orientación para futuro desempeño en el campo hospitalario
- 1.1.3.3 Proyección social del desempeño

## 1.2 La nutrición clínica en el desempeño profesional

- 1.2.1 Actividades del campo de desempeño
- 1.2.1.1 Actividades ejecutadas y observadas
- 1.2.1.2 Modelo ideal
- 1.2.1.3 Actividades indeterminadas o no experimentadas
- 1.2.2 Problemas en el desempeño
- 1.2.2.1 En la atención nutricional
- 1.2.2.2 La carga de trabajo profesional
- 1.2.2.3 La gestión

#### 1.3 La legitimación del quehacer

- 1.3.1 Ejercicio de la autoridad
- 1.3.2 Atribuciones profesionales y responsabilidad





#### 1.4 Los vínculos con otros actores

- 1.4.1 Necesidad de pertenencia grupal
- 1.4.2 El desempeño en equipo

### 1.5 El hospital

1.5.1 Influencia del hospital en el aprendizaje

## 2. La teoría y la práctica

#### 2.1 La enseñanza y el aprendizaje

- 2.1.1 Concepción de enseñanza: la lógica tradicional
- 2.1.2 Fundamentos del orden propuesto
- 2.1.3 Papel diferencial de la práctica
- 2.1.3.1 Valor experiencial
- 2.1.3.2 Contextualización del conocimiento
- 2.1.3.3 La interdisciplinariedad
- 2.1.3.4 Dimensión integral en la formación
- 2.1.3.5 Generación de pensamiento de orden superior

#### 2.2. Práctica real y virtual

#### 2.3. La interrelación entre componentes de formación del curso Nutrición Clínica

- 2.3.1 Importancia para la formación
- 2.3.2 Organización
- 2.3.3 Otras experiencias

#### 2.4 El tiempo

- 2.4.1 Duración del curso
- 2.4.2 Tiempos de aprendizaje

# 3. Papel del estudiante y el profesor en la práctica hospitalaria

#### 3.1. Los estudiantes y el aprendizaje

- 3.1.1 Actitudes de los estudiantes
- 3.1.1.1 Estrategias de aprendizaje autorregulado

#### 3.2 El profesor y la enseñanza

- 3.2.1 El rol del profesor y algunas condicionantes del desempeño
- 3.2.1.1 Rol experimentado y demandado







- 3.2.1.2 Retroalimentación en el proceso de enseñanza-aprendizaje
- 3.2.1.3 El docente como modelo de actuación del Nutricionista
- 3.2.1.4 La carga de trabajo del docente de práctica
- 3.2.1.5 La formación para la docencia





### 5. Resultados

### 5.1 Resultados y discusión del estudio cuantitativo

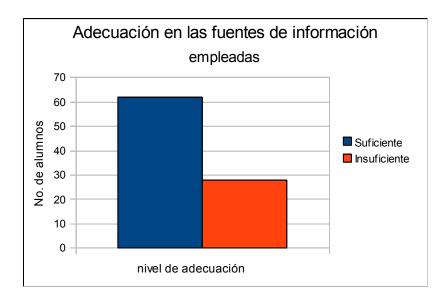
#### 5.1.1 Formación de competencias en las dimensiones humanística, técnica y procesal

Las tablas con los datos de las gráficas se pueden ver en el Anexo IX.

Considerando el número y el tipo de fuentes empleadas en la búsqueda de información, 62 alumnos de los 90 (69%) alcanzaron el nivel suficiente, lo que se muestra en el gráfico 1.

Al combinar el nivel de suficiencia e insuficiencia para las fuentes oral y escrita (tabla 2), se observa claramente que la limitante estuvo en la variabilidad de fuentes escritas. 24 alumnos de los 90 tuvieron suficiencia en las fuentes orales pero simultáneamente fue insuficiente en la escritas (Gráfico 2).

Gráfico 1 Nº 90



Fuente Tabla 1

La fuente de información escrita usada por la mayoría de los alumnos es la historia clínica. La segunda más usada es el tablero de enfermería. El kardex fue consultado en una bajísima proporción. En las fuentes escritas se observa que el 69% de los estudiantes alcanzaron el nivel suficiente consultando por lo menos 2 fuentes (Tabla 3). Pero se debe destacar que existe un nivel insuficiente en la variabilidad de fuentes escritas en la tercera parte de los alumnos (28) correspondiente a un 31%.

Muy diferente resulta ser la situación con las fuentes orales donde el porcentaje de suficiente asciende a 92% (Tabla 4). Es clara la mayor restricción en la variabilidad de fuentes escritas





usadas que en las orales. Esta restricción condiciona el nivel de suficiencia general en las fuentes de información empleadas.

Gráfico 2 Nº 90

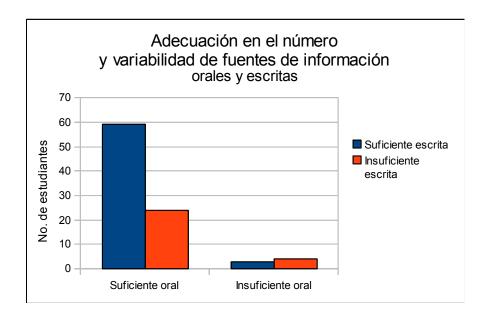


Tabla 2

Oralmente, de 90 estudiantes 89 consultaron a los pacientes (99%), 71 a los acompañantes (79%) y 61 a los médicos (68%). Los licenciados en Nutrición fueron mencionados por 33 estudiantes (37%) como una fuente de información en la etapa inicial del proceso de atención nutricional.

Cuando se estudia particularmente la proporción de estudiantes que se comunicó oralmente con diferentes interlocutores considerando además de la búsqueda de información otros motivos, se observa que salvo un estudiante, todos lo hicieron con pacientes, 88% con acompañantes, 84% con miembros del equipo de salud. Mientras que solo algo más de la mitad (56 %) se comunicó con licenciados en Nutrición.



Gráfico 3 Nº 90

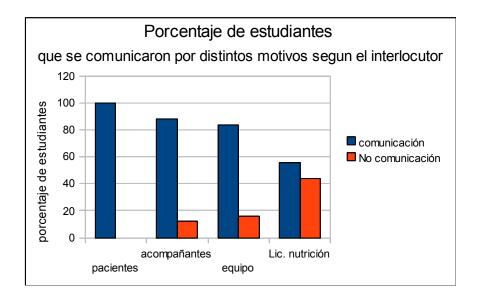


Tabla 5

Evaluado integralmente el rol predominante en la comunicación oral (activo o pasivo), se constata que casi el total de estudiantes tiene un rol predominantemente pasivo. Considerando los diferentes interlocutores, se advierte un mayor porcentaje de estudiantes con predominio de rol pasivo en la comunicación cuando interactúan con pacientes y familiares o acompañantes, 83% y 87% respectivamente. Asimismo, cuando interactúan con licenciados en Nutrición y con el equipo de salud, si bien el porcentaje baja, se da también un predominio de rol pasivo, el 71% y el 68% respectivamente. Pero cabe recordar aquí que solo algo más de la mitad (56%), se comunicó oralmente con los licenciados en Nutrición.



Gráfico 4 Nº 90

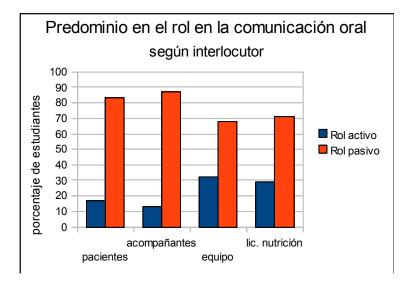


Tabla 6 (8, 9, 10, 11)

Teniendo en cuenta que se plantearon diez motivos que podían haber llevado a que los estudiantes interactuaran con los diferentes interlocutores y que se consideró el criterio de que al menos hubieran experimentado cinco de ellos para tener un predominio de rol activo en la comunicación, la mayoría de los estudiantes solo mencionan entre uno y dos motivos (Gráfico 5). A estos les siguen los que no mencionan ningún motivo. El 17% menciona un máximo de cuatro de los diez posibles. De todos los motivos enunciados, el que más propició la comunicación con los pacientes, el equipo de salud y el licenciado en Nutrición fue la búsqueda de información. Solamente 25 de 76 alumnos mencionaron haberse comunicado con el equipo de salud para adecuar la prescripción dietética (rol activo) en función de la situación del paciente y 39 de 50 haber brindado información al nutricionista respecto al plan de tratamiento (rol activo).



Gráfico 5 N° 88



Tabla 7

Cuando se analiza la adecuación en el registro de documentos de manejo del profesional en los que el estudiante debería tener alguna experiencia (historia clínica y kardex), se observa que el 72% relata no haber registrado en ninguno (Tabla 12).

En relación con la comunicación con los profesionales, se observa que hay un 34% de estudiantes que no se comunicaron con el Licenciado en Nutrición, aunque sí lo hicieron con el equipo.

Gráfico 6 N° 90

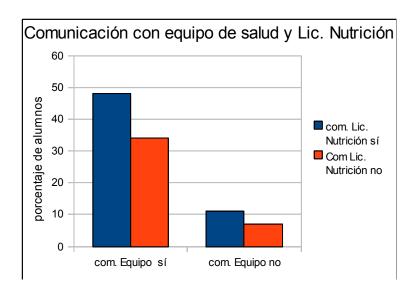


Tabla 13





Como vemos en la siguiente Tabla, el total de estudiantes tuvo comunicación con los pares de igual nivel de estudios, que se encontraban realizando la práctica en el mismo centro hospitalario. Aproximadamente la mitad de los estudiantes estableció comunicación con los del nivel superior, mientras que fue prácticamente inexistente la comunicación con estudiantes de nivel inferior. En cuanto a los motivos de comunicación, la mayoría tienen que ver con la posibilidad de un aprendizaje mutuo, compartir dudas, realizar interconsultas, brindar y obtener información.

Tabla 1 Comunicación con pares Nº 90

Comunicación estudiantil	No.
Del mismo grado	86
De grado superior	48
De grado inferior	1

En relación con los indicadores de riesgo nutricional, la mayoría emplearon por lo menos dos, por lo que alcanzaron el nivel suficiente. Los más empleados fueron el peso y la capacidad de ingesta (Gráfico 7). La medición del peso fue el indicador más mencionado por los estudiantes para la valoración del riesgo nutricional (Gráfico 8).

Gráfico 7 Nº 89

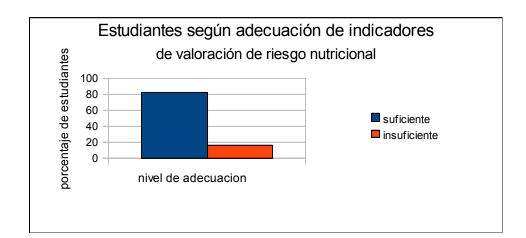


Tabla 14



Gráfico 8 N° 90

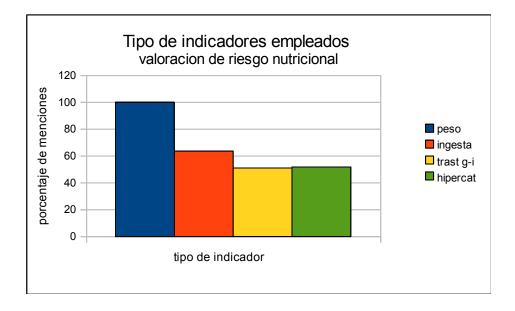


Tabla 15

La mayoría de los alumnos alcanzaron un nivel de suficiencia según las mediciones realizadas para el indicador antropométrico (Tabla 16) debido a que efectuaron algunas mediciones correspondientes a la valoración global y también de composición corporal.

En relación con los métodos de valoración nutricional, tanto la impresión clínica como la valoración global subjetiva fueron aplicadas por lo estudiantes en una importante proporción (77 y 65 estudiantes de 90).

Como se observa en el Gráfico 9 las mediciones aplicadas para la valoración global fueron mayoritariamente peso y talla. Esto es lógico pensando que son las mediciones más rápidas y sencillas para la valoración del riesgo nutricional y para el diagnóstico nutricional. La medición de la altura rodilla/talón y media brazada son empleadas como estimativo de talla cuando hay impedimento en medir esta longitud.



Gráfico 9 Nº 90

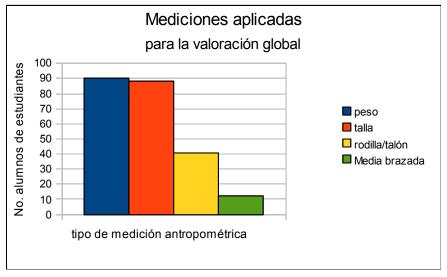


Tabla 17

Para evaluar la composición corporal, el perímetro de cintura fue claramente la medición más aplicada. En cambio, hubo pocas menciones a los diferentes pliegues y a la circunferencia braquial.

Gráfico 10 Nº 90

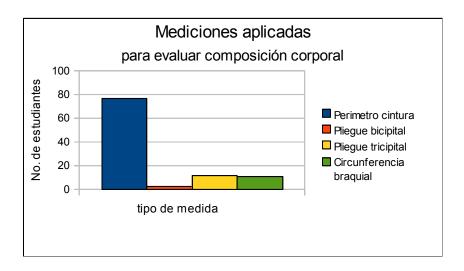


Tabla 18

En cuanto a la adecuación de los métodos aplicados como indicador dietético, el 84% de los estudiantes alcanzó el nivel esperado, ya que tienen la experiencia de realizar métodos de valoración cualitativa y cuantitativa (Tabla 19). El método más aplicado fue el modelo típico y le siguió la frecuencia cualitativa (Gráfico 11).

Combinando ambos indicadores (antropométricos y dietéticos) fue adecuado en 88 de los 90





estudiantes, dada la variabilidad de métodos y mediciones experimentadas.

Gráfico 11 Nº 90

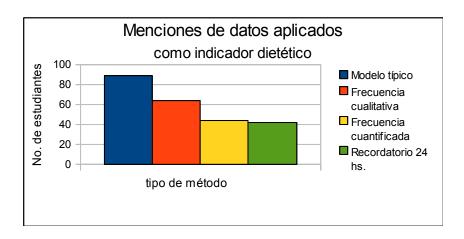


Tabla 20

En relación con los métodos aplicados para la estimación de la Energía de los pacientes, tres se usaron con alta frecuencia: Harris Benedict, Kcal/kg de peso y FAO/OMS (Gráfico12). Esto muestra que para un mismo paciente se ha empleado más de un método a los efectos de confrontarlo.

Gráfico 12 Nº 90

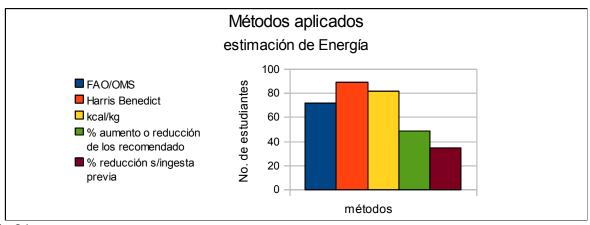


Tabla 21

En relación con todos los aspectos considerados para la adecuación en la ejecución del plan de tratamiento fue suficiente en el 80% de los estudiantes.





Gráfico 13 Nº 90

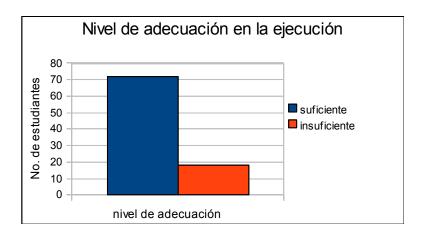


Tabla 22

# 5.1.2 Nivel alcanzado por los estudiantes en la comprensión de algunas actividades y presencia de dispositivos metodológicos en el plan de trabajo propuesto al estudiante

#### a- Nivel de comprensión de las actividades

La correspondencia entre la medida antropométrica realizada y el tipo de valoración nutricional que esta provee fue adecuada en el 66% de los estudiantes (Tabla 23). La principal falla estuvo en la medición del perímetro de cintura, ya que la mayoría de los estudiantes que la mencionaron no la asociaron con la valoración de composición corporal.

En cuanto a la integración de los indicadores específicos para un diagnóstico nutricional se observa que las tres cuartas partes de los alumnos consideraron haber aplicado solo dos indicadores de los cuatro específicos para un diagnóstico nutricional integral (examen físico, antropométrico, dietético y bioquímico). Por esta razón, se valoró como un diagnóstico parcial. Muy pocos alumnos mencionaron exclusivamente los indicadores específicos para un diagnóstico nutricional (Tabla 24).



Gráfico 14 N° 90

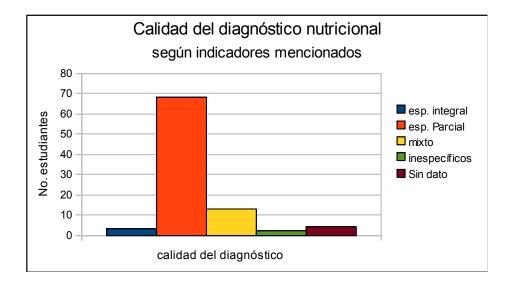


Tabla 24

### b- Presencia de dispositivos metodológicos

Más de la mitad de los alumnos (63%) indicó que el enfoque en el proceso de atención nutricional correspondió a un corte transversal en la atención a la enfermedad (Tabla 25). Esto no ayuda a identificar una dinámica de atención que incluya la modificación de objetivos. Sin embargo, el 88% de los estudiantes declara haber tenido la experiencia de considerar simultáneamente más de una patología para un mismo paciente.

Gráfico 15 N° 90

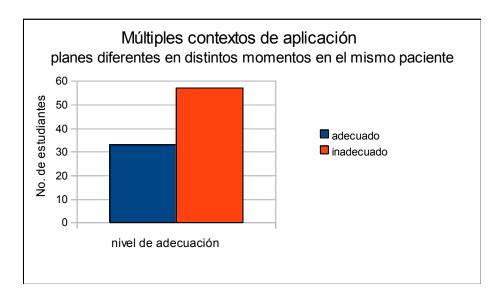


Tabla 25

De los 33 alumnos que llevaron a cabo diferentes planes de alimentación para un mismo paciente, diez indican haber considerado factores del contexto real, la misma cantidad de alumnos tuvo en





cuenta un contexto virtual bajo la suposición de una evolución clínica del paciente y trece alumnos mencionan ambos, factores reales y virtuales.

Gráfico 16 Nº 33

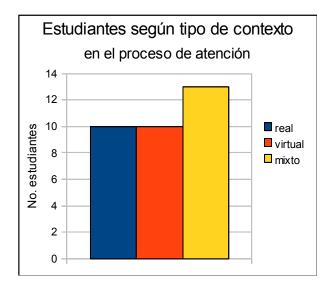


Tabla 26

Evaluando los motivos que justificaron cambios en los objetivos del tratamiento, se advierte que en su mayoría corresponden a una supuesta evolución del paciente, es decir, a un contexto virtual, y le sigue el monitoreo realizado por el estudiante en la visita. Los cambios en la prescripción médica es el motivo menos mencionado.

Gráfico 17 Nº 33

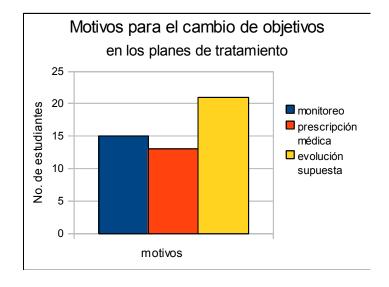


Tabla 27



De los estudiantes que realizaron monitoreo, todos mencionan como actividad para el cambio de objetivos: la anamnesis, la valoración de la ingesta y el control de peso. La información proporcionada por el equipo de salud tuvo muy pocas menciones.

Gráfico 18 N° 15

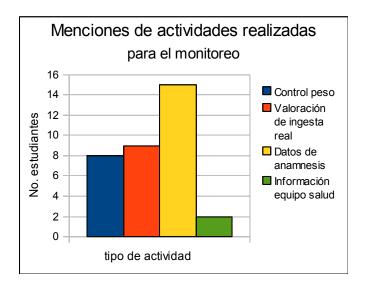


Tabla 28

# 5.1.3 El grado de interacción entre las actividades desarrolladas en la práctica y el contexto hospitalario en la atención nutricional

Al considerar los criterios establecidos para evaluar si la experiencia estudiantil contempló aspectos del contexto hospitalario, hubo una alta proporción de alumnos (Tabla 29) cuya práctica se puede calificar con bajo contexto hospitalario. Solo nueve estudiantes presentaron experiencia en los tres aspectos estudiados: planificación de la alimentación hospitalaria, observación del servicio de alimentos y evaluación de la ingesta del paciente correspondiente a la ejecución de la atención nutricional hospitalaria y por último el conocimiento de la documentación del centro hospitalario.

El aspecto que estuvo presente en mayor proporción es la observación de las actividades que corresponden a la ejecución del tratamiento. Los factores relativos a la planificación y al conocimiento de los documentos fueron experimentados solo por un tercio de los estudiantes.



Gráfico 19 N° 90

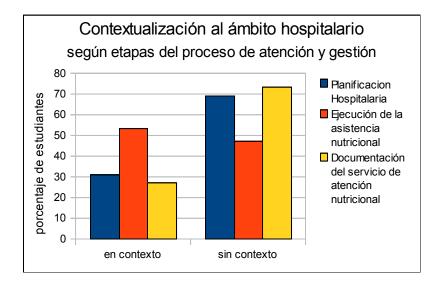


Tabla 30

Al desglosar los elementos del contexto estudiados se advierte que en la ejecución predominan, en primer lugar, la observación del servicio de alimentos al paciente y, en segundo lugar, la observación de los residuos como parte de la valoración de la ingesta. Mientras que la gestión requerida para la solicitud de la alimentación para paciente y el control de nutrientes tuvieron muy baja mención.

Gráfico 20 N° 90



Tabla 31

En los gráficos 21 y 22 se muestra en qué medida la interacción con los licenciados en Nutrición y con los estudiantes de nivel superior puede haber influido en el conocimiento de la documentación





hospitalaria para la atención nutricional. En ambos casos parece incidir positivamente.

Gráfico 21 Nº 89

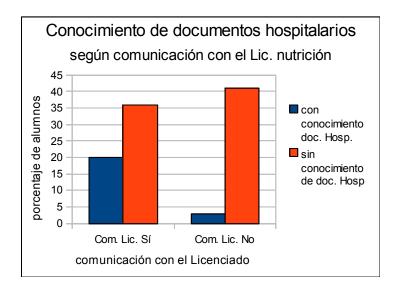


Tabla 32

Gráfico 22

N° 90

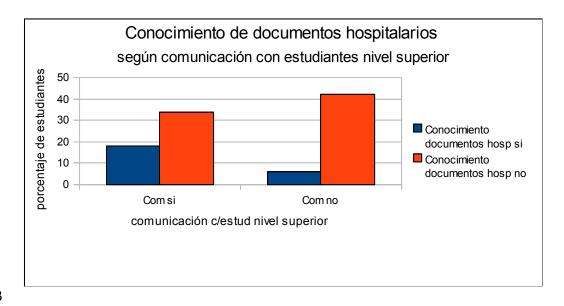


Tabla 33

#### 5.1.4 Discusión del estudio cuantitativo

#### Formación de capacidades en las dimensiones técnica, humanística y procesal

Con respecto a la búsqueda de información requerida en la atención nutricional de los pacientes, si bien hubo un alto porcentaje que alcanzó el nivel suficiente, es decir, consultó dos fuentes





orales y dos escritas como mínimo, el 31% de los estudiantes tuvo nivel insuficiente (Gráfico 1. Anexo IX, Tabla 1). Este porcentaje de estudiantes fundamentalmente consultó una única fuente escrita, la historia clínica, situación que fue unánime. Al consultar una única fuente escrita, se limitan las posibilidades de acción cuando este documento pueda estar ausente circunstancialmente, así como cuando no provea toda la información necesaria.

La búsqueda de información en varias fuentes es clave para el abordaje de la atención nutricional, ya que propicia el pensamiento crítico, el método científico y la contrastación, verificación y ampliación de la información. Sin embargo, la práctica parece no fomentar la capacidad para analizar e interpretar información escrita, que es presentada en las diversas fuentes de forma organizada, seleccionada, sintetizada y codificada.

Es significativo que el kardex sea el menos utilizado (12 estudiantes de 90), ya que este documento es de uso restringido por el Licenciado en Nutrición. El hecho de no emplearlo en la práctica estudiantil compromete la internalización de su valor diferencial como fuente de información del proceso de atención nutricional. Su consulta permitiría comprender en mejor medida la praxis profesional y si se lo reconociera como un recurso propio de la profesión, contribuiría seguramente a construir identidad profesional lo que se vincula a la dimensión humanística.

En cuanto a la formación de capacidades para la comunicación escrita, es decir la producción de información técnica, aunque la historia clínica fue el documento consultado por todos los estudiantes en la etapa de búsqueda de información, solo el 28% de los estudiantes (Anexo IX, Tabla 12) mencionó haber registrado alguna información en esta. El estímulo de algunos docentes guías podría explicar esta situación. 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. La práctica en terreno es un espacio privilegiado para el desarrollo de estas capacidades. En este sentido, el andamiaje que pudieran ofrecer los docentes en la iniciación a este trabajo resultaría muy beneficioso. También es muy importante la orientación de los nutricionistas sobre la información registrada, su valor para el proceso de atención, las prioridades y el lenguaje particular propios de la práctica profesional.

En relación con la formación para comunicarse oralmente con los diferentes actores, el paciente fue un interlocutor insoslayable, le siguieron el acompañante y los miembros del equipo de salud, ambos con 84%. El Licenciado en Nutrición como interlocutor tuvo menor prevalencia, ya que el 56% de los estudiantes se comunicaron con este (Gráfico 3. Anexo IX, Tabla 5).

Cuando se revisa el rol que tuvo el estudiante en la comunicación a través de los motivos que la generaron, se observa que fue en la mayoría de los estudiantes (88/90) predominantemente unidireccional o pasivo. Esto sucede independientemente de los interlocutores, es decir, con los pacientes y acompañantes el 83% y 87% de los estudiantes tuvieron dicho rol y con el equipo de salud y el Licenciado en Nutrición el 68% y 71% respectivamente (Gráfico 4. Anexo IX, Tabla 6). Sin embargo, aunque la prevalencia en la interacción oral con el Licenciado en Nutrición es menor, la proporción de estudiantes que tuvo un rol predominantemente activo es mayor al comunicarse con el Licenciado que con los pacientes y acompañantes. Probablemente esto se deba a que la comunicación con profesionales imprime en forma inevitable motivos de interacción que promueven el cambio.

De los diez motivos seleccionados para determinar un rol activo en la comunicación, el 44% dice haber tenido como máximo dos y sólo un 17% cuatro motivos (Gráfico 5. Anexo IX, Tabla 7). Es claro entonces que el estudiante al comunicarse con los interlocutores tuvo un rol predominantemente pasivo.

Casi el total de los alumnos (87 de 90 estudiantes) indica que el principal motivo para comunicarse con el paciente fue obtener información para la atención nutricional, menos de la mitad (43/90) se comunicó para escuchar demandas, reclamos o inquietudes del tratamiento.

En la primera situación al realizar la anamnesis, el estudiante cuenta con un parlamento prepautado por un protocolo dado por los docentes. De esta forma queda un margen acotado para imprimir en la entrevista a medida que se va desarrollando una direccionalidad diferente según la situación del paciente. A nivel cognitivo el estudiante durante la acción debe procesar la información proporcionada por la historia clínica, que generalmente es consultada previamente, y confrontarla con la brindada por el paciente. Entonces, si bien es esencial y positivo que la





anamnesis esté incorporada a la práctica estudiantil, deberían considerarse dos fases en la enseñanza: alcanzar 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.

La educación u orientación respecto al tratamiento nutricional durante la internación o al alta, que le requieren un papel más activo en la comunicación, tienen solamente once y siete menciones. Estos resultados seguramente expresan el tipo de experiencias según el plan de prácticas. Es claro que la baja mención a la orientación a pacientes como motivo de comunicación con éste, ha restado posibilidades para que los estudiantes pudieran poner en juego en contextos reales algunos conocimientos de niveles anteriores en su formación, aun considerando la necesidad de que esta actividad fuera tutelada por el docente.

Dado el nivel de formación en el que se encuentran los estudiantes, abordar la orientación al paciente es particularmente interesante para el aprendizaje de competencias de las tres dimensiones: técnica, humanística y procesal. Por un lado, orientar al paciente le requeriría al estudiante revisar los fundamentos teóricos y el marco referencial 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. Por otro lado, generaría la posibilidad de una contra-argumentación del paciente, que obligaría 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 sea restringida, se debilita la concepción de la atención nutricional como proceso, ya que es el método para abordar la atención nutricional hospitalaria.

En la comunicación con los acompañantes y el equipo de salud (75/80 y 62/76), se reproduce el esquema anterior con respecto al motivo que generó la comunicación, es decir, se identifican veintiséis menciones que refieren a la recepción de reclamos, demandas o inquietudes respecto al tratamiento hospitalario.

El hecho de que la recepción de reclamos ocupe la segunda mención entre los motivos para comunicarse con pacientes, acompañantes y equipo de salud podría asociarse a que el estudiante establezca distancia entre su quehacer y la potencial responsabilidad de atender a estos problemas, aunque más no sea en términos reflexivos. La práctica no le exige el conocimiento de algunos factores contextuales del centro hospitalario, sino que el eje es el paciente. El estudiante no cuenta con suficientes elementos como para realizar un análisis sobre causas y alternativas para la resolución y, por lo tanto, se podría instalar en él una actitud más crítica que pro-activa.





El motivo de la adecuación de la prescripción dietética fue mencionado por 25 de 76 alumnos. Este motivo fue valorado como generador de un rol más activo en el estudiante en la medida que el estudiante debe fundamentar la necesidad de esta adecuación.

En relación con los miembros del equipo de salud con los que se comunicó, se mencionan prácticamente con igual proporción los auxiliares de Enfermería, los licenciados en Enfermería y los médicos.

Analizando integralmente algunos de los aspectos tratados hasta aquí, se observa que predominantemente el estudiante no ha registrado en la historia clínica y prima como motivo de comunicación oral con el equipo de salud la búsqueda de información sobre el paciente. Estos dos elementos muestran el nivel de intercambio desarrollado por el estudiante con el equipo asistencial, donde además los aspectos actitudinales son claves. Seguramente, estamos en presencia de una etapa inicial en cuanto a la identificación del profesional nutricionista dentro del equipo de salud y a la red que se teje en términos de atribuciones, autoridad, responsabilidad, canales de comunicación y socialización en un centro hospitalario, entre otros aspectos. Por lo tanto, parece ser muy incipiente la formación de las competencias de dimensión humanística y sus funciones grupal y ética.

Con respecto a la comunicación con el Licenciado en Nutrición aparecen con un cierto equilibrio dos menciones: una tipificada con rol predominantemente pasivo y la otra activa, es decir, 39 de 50 remiten a la búsqueda de información mientras que 33 de 50 a la recepción de información respecto al plan de tratamiento hospitalario.

Incluso teniendo en cuenta el bajo nivel de comunicación con el Licenciado en Nutrición, el nivel alcanzado por la mayoría de los estudiantes fue evaluado como amplio (84 de 90 estudiantes), ya que además interactuaron con el paciente y con algún profesional. Esto es positivo para la exposición a diferentes encuadres en la comunicación según el rol del interlocutor.

En relación con la comunicación con los profesionales, se observa que un 34% de estudiantes no se comunicó con el Licenciado en Nutrición, pero sí lo hizo con el equipo (Gráfico 6. Anexo IX, Tabla 13). Esto podría dar cuenta de una práctica estudiantil independiente a la del nutricionista del hospital, y con mayor nivel de interacción con el resto de los miembros del equipo de salud.

Considerando las competencias requeridas para la búsqueda de información y el monitoreo se encontró que un alto porcentaje de estudiantes alcanzó el nivel suficiente: en la valoración del riesgo nutricional un 83% (Gráfico 7. Anexo IX, Tabla 14), en la medición antropométrica un 94%





(Anexo IX, Tabla 16) y en la valoración dietética un 84% (Anexo IX, Tabla 19).

Fundamentalmente estas actividades contribuyen a generar destrezas instrumentales a través de las técnicas de mediciones corporales, mientras que los indicadores dietéticos ponen a prueba métodos que requieren interacción con el paciente. En relación con esto, existen algunas particularidades que conviene señalar.

La medición de peso y talla predomina notablemente frente a las otras (Gráfico 9. Anexo IX, Tabla 17), contario a lo que se podría esperar el perímetro de cintura tiene similar proporción de menciones con 86% (Gráfico 10. Anexo IX, Tabla 18). La medición de peso y talla es importante para generar capacidades instrumentales, por lo tanto, es positivo que se haya mencionado con alta frecuencia. Sin embargo, la medición sistemática se justifica como herramienta para la valoración del riesgo y tamizaje de pacientes, pero no tanto para el control durante la hospitalización. Es importante considerar con qué encuadre el estudiante mide el peso y talla, ya que podría estar orientado hacia una práctica rutinaria, que toma distancia del desempeño profesional en términos de priorización de las acciones.

El resto de los perímetros corporales tiene muy baja frecuencia, la mayor apenas alcanza un 13% (Gráfico 10. Anexo IX, Tabla 18). Esto tal vez se debe a que generalmente es poco pertinente la valoración de compartimentos magro y graso debido a que dichos compartimentos cambian en períodos más prolongados que los habituales en la hospitalización. El perímetro de cintura resulta ser una medida rápida particularmente seleccionada como indicador de riesgo cardiovascular, por lo que parece importante que sea la que mayor mención tiene entre las medidas de composición corporal realizadas.

También es favorable que el 46% de los estudiantes (Gráfico 9. Anexo IX, Tabla 17) mencionó la medición de la altura rodilla/talón, dado que es una alternativa para la estimación de la talla cuando el paciente está postrado, lo que otorga flexibilidad frente a obstáculos.

En las prácticas para estimar las necesidades energéticas de los pacientes, los estudiantes tuvieron nivel suficiente, ya que ejecutaron por lo menos dos métodos diferentes. Esto les permite operar con información diversa y contrastarla, así como decidir lo conveniente según la situación clínica-nutricional del paciente.

Cuando se combinan diversos componentes que permitirían ejecutar adecuadamente un plan de tratamiento nutricional, alcanzan el nivel de suficiencia el 80% de los estudiantes (Gráfico 13. Anexo IX, Tabla 22). El nivel insuficiente se da porque omitieron usar métodos que cuantifiquen energía y nutrientes ingeridos por el paciente (Gráfico 11. Anexo IX, Tabla 20), así como no





indicaron por lo menos dos de las cuatro características físico-químicas que habitualmente se podrían incorporar a un plan nutricional.

El uso de métodos para valorar el indicador dietético (o de la alimentación) se relaciona con la formación de capacidades para la comunicación oral, ya que cualquiera de los métodos se realiza en el contexto de la anamnesis. La alta frecuencia de la búsqueda de información, como motivo de comunicación, se fundamenta por esta razón. Pero analizando particularmente los métodos empleados, llama la atención que el total de estudiantes indicó haber aplicado el modelo típico que recoge principalmente la alimentación habitual del paciente e incluye distribución diaria de la ingesta de alimentos y lugar de consumo (Gráfico 11. Anexo IX, Tabla 20). Sin embargo, otros métodos que valoran en mejor medida la alimentación intrahospitalaria, ya sea para conocer la capacidad de ingesta o evaluar cualitativa o cuantitativamente algunos componentes nutricionales de particular interés tienen menor número de menciones que el modelo típico.

Parecería ser útil para la atención nutricional recabar hábitos a través del modelo típico en pacientes de reciente ingreso; 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 casi en forma rutinaria, guiado por el protocolo que se aplica al comenzar el estudio de la situación clínica-nutricional de un paciente. El modelo típico obliga al paciente a pensar en la alimentación habitual es su domicilio, situación que podría estar alejada en el tiempo debido a los días transcurridos desde su ingreso al hospital. Este método podría ofrecer una información primaria que permitiría explicar algunos problemas alimentarios nutricionales del paciente identificando factores de riesgo dietético. Sin embargo, esta utilidad podría pasar 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 segundo momento en el proceso de atención nutricional donde se requiere recabar información es el monitoreo. Solo 15 de los 33 alumnos que realizaron cambios en el tratamiento nutricional monitorearon la evolución y 13 consideraron los cambios de prescripción registrados en la historia clínica. Asciende a 27 los alumnos que consideraron cambios frente a una evolución supuesta del paciente (Gráfico 17. Anexo IX, Tabla 27). Estos datos llevan a pensar que el monitoreo no está instituido en el plan de práctica estudiantil. Es una etapa que se diferencia, en términos del tipo de interacción establecida con el paciente, del primer contacto. En la fase inicial del proceso el estudiante como profesional no ha establecido con el paciente ningún vínculo previo que lo comprometa con sus intervenciones, mientras que en el monitoreo o control el paciente o los interlocutores profesionales pueden brindar elementos que de alguna forma ponen en cuestión las acciones tomadas, lo que podría llevar a reconsiderarlas y/o a buscar argumentos para





sostenerlas. Por esta razón, parecería que el proceso de atención nutricional en la práctica del curso está situado más bien en el momento actual de la condición clínica de los pacientes, en detrimento del vaivén de factores reales de corte biológico, psicológico e incluso organizacionales, que condicionan la evolución clínico-nutricional. El monitoreo contrasta los resultados con los objetivos del plan y, por lo tanto, obliga a una autoevaluación, que es una competencia distintiva en la enseñanza superior.

Nivel de comprensión del estudiante de algunas actividades y presencia de dispositivos metodológicos en el plan de trabajo propuesto al estudiante

Con respecto a la correspondencia entre las mediciones antropométricas realizadas y el tipo de valoración nutricional que estas permiten, se advierte un alto nivel de adecuación cuando se valora globalmente el estado nutricional. Sin embargo, la comprensión de las mediciones correspondientes a los perímetros y pliegues corporales no obtuvo igual resultado. El perímetro de cintura parece no conceptualizarse aún como indicador de composición corporal. En algunos casos fue incluido en la valoración global y pocos estudiantes lo mencionaron como indicador de riesgo cardiovascular. Este hecho determina que en la valoración de la composición corporal no hubo adecuación en 59 de 90 estudiantes (Anexo IX, Tabla 23). El valorarlo como un indicador de riesgo cardiovascular no es un error, pero el estudiante debería estar en condiciones de asociar la medición con un compartimiento de la composición corporal y no solamente con la patología cardiovascular. En realidad, se lo concibe más como indicador para el diagnóstico clínico que como indicador nutricional.

En relación con los indicadores usados para el diagnóstico nutricional, parecería que hay una concepción parcial de los indicadores específicos del estado nutricional. El 77% de los estudiantes (Gráfico 14. Anexo IX, Tabla 24) incluyeron en el diagnóstico dos de los cuatro indicadores específicos (antropométricos y dietéticos). El indicador bioquímico no es habitualmente empleado en la asistencia hospitalaria, entre otros motivos por su costo, lo que podría justificar su baja mención. El examen físico es el otro indicador específico que se podría haber considerado, sin embargo, tuvo menor número de menciones que los indicadores antropométricos y dietéticos. Es importante destacar que los estudiantes declaran no aplicar el examen físico al paciente como componente de la valoración del estado nutricional. Esto puede deberse a varios motivos. En primer lugar, el examen físico también forma parte de la atención del médico y esto podría actuar en desmedro de la formación del Licenciado en Nutrición para realizar este examen como indicador del estado nutricional. Además, los signos clínicos que permiten valorar el estado nutricional están bastante asociados a malnutrición por déficit de proteínas y micronutrientes. Desde la formación estos signos clínicos se marcan notablemente en la desnutrición de causa primaria, pero no así como consecuencia de diversas patologías clínicas que secundariamente





puedan llevar a la desnutrición. Esto constituye una debilidad en la formación, porque esta debería contemplar que para manejar estos conceptos se requiere de capacidad de observación, técnicas de inspección física y su asociación con diversos problemas nutricionales.

Indicadores inespecíficos como la información clínica y la paraclínica fueron mencionados junto con otros específicos por el 14% de los estudiantes (Gráfico 14. Anexo IX, Tabla 24), este comportamiento se categorizó como diagnóstico mixto (clínico-nutricional). Esto podría indicar que no diferencian el diagnóstico nutricional del clínico, ambos requeridos para el planteo de objetivos en el tratamiento nutricional.

Es importante considerar que los escenarios empleados para que el estudiante perciba la singularidad de los contextos de aplicación, según la propia dinámica de la situación clínica de los pacientes, pueden facilitar la comprensión de las actividades. El hecho de que los estudiantes se cuestionen permanentemente las acciones que van realizando, a la vez que generan hipótesis que ponen a prueba, contribuye a la formación de competencias de orden metodológico. En este sentido, parece advertirse alguna debilidad, ya que el 63% de los estudiantes (Gráfico 15. Anexo IX, Tabla 25) respondió no haber realizado diversos planes de tratamiento con diferentes objetivos nutricionales para un mismo paciente. Sin embargo, es de destacar que un alto porcentaje de estudiantes (88%) consideró en el abordaje clínico-nutricional de los pacientes más de una patología simultáneamente, lo que es beneficioso para disponer de contextos complejos como la realidad imprime.

En cuanto a los motivos que provocaron los cambios del plan nutricional (Gráfico 16. Anexo IX, Tabla 26), se advierte que aparecen en forma más o menos homogénea motivos reales, es decir, vinculados con actividades de atención a los pacientes hospitalizados, y situaciones virtuales, como el alta del paciente. Esto último los llevó a pensar en una evolución supuesta y planificar la alimentación más allá de la situación intrahospitalaria.

Se destaca entonces del análisis que las etapas de búsqueda de información, diagnóstico y plan de tratamiento nutricional parecerían estar adecuadas en contenidos y actividades; así como la concepción de un diagnóstico considerando más de un indicador específico. También fue positivo que prácticamente el total de los estudiantes realizó planes de tratamiento considerando simultáneamente diversidad de situaciones clínicas.

Sin embargo, aparecen debilidades para que el estudiante comprenda la atención nutricional como un proceso dinámico, desde un ejercicio reflexivo acerca de las conductas que va tomando o debería tomar, en los diferentes momentos condicionados por la evolución y el tratamiento integral del paciente.





# Algunos factores que contribuyen a enfocar la asistencia nutricional hacia una práctica situada en el contexto hospitalario

Cuando se analizan algunos componentes que contribuirían a inscribir el proceso de atención nutricional en el campo hospitalario, los resultados indican que existió en casi la totalidad de los estudiantes (89%) un bajo contexto hospitalario en la práctica (Anexo IX, Tabla 29).

Se observan debilidades particularmente en las etapas de planificación de la alimentación de los pacientes y en el conocimiento de los documentos que se emplean en la atención nutricional, ambos ausentes en alrededor del 70% de los estudiantes (Gráfico 19. Anexo IX, Tabla 30). Sin embargo, en la observación de la alimentación servida al paciente y la valoración de la ingesta con estudio de los residuos, el porcentaje de alumnos que no lo hicieron desciende a 47% (Gráfico 20. Anexo IX, Tabla 31). Seguramente la observación del servicio de alimentos y de residuos, dado el nivel de respuestas, responde más a una actitud favorable al aprendizaje que a la implementación de estas actividades en el plan de prácticas. El mayor porcentaje de estudiantes que observan el servicio de alimentos y de la ingesta hospitalaria podría estar vinculado a los lazos establecidos con los pacientes asignados y al hecho de querer cotejar su plan de tratamiento con el brindado por el Servicio de Alimentación del hospital. Sin embargo, al no contar con información proveniente de la asistencia hospitalaria, como mencionan la mayoría, habría limitantes para analizar lo observado. Técnicamente, además, se necesitaría cuantificar el aporte nutricional de la alimentación servida o la no ingerida por el paciente como forma de evaluar la ingesta intrahospitalaria. Sería fundamental considerar la formación de esta competencia en el plan de práctica, de tal forma que la observación se aplique como un método de recolección de información inscripto en el método científico.

El conocimiento del procedimiento para solicitar los alimentos correspondientes a los diferentes planes, así como la forma en que se indican los controles cuantitativos en dietas de balances fueron mencionados por el 20% y10% de los alumnos respectivamente (Gráfico 20. Anexo IX, Tabla 31).

A pesar de que las condiciones que se plantearon para valorar el grado de contextualización hospitalaria requerían un nivel mínimo de ejecución real, igualmente resultó insuficiente en la mayoría de los estudiantes. Este hecho junto con la limitación en la comunicación con algunos de los actores restaron seguramente la posibilidad de articular con mayor profundidad el proceso a un centro hospitalario y posicionar la experiencia como enseñanza situada. Asimismo, estos elementos limitan la posibilidad de que el estudiante le aporte al equipo de salud aspectos vinculados al plan de tratamiento implementado, su adherencia, sus modificaciones, lo que suma





dificultades para interactuar desde un rol más protagónico con el equipo profesional de atención al paciente.

En este sentido se investigó en qué medida la comunicación con los licenciados en Nutrición y con alumnos del nivel superior podía haber influido en algunos aspectos que permitieran contextualizar la atención al espacio hospitalario. Existe una alta proporción de estudiantes que independientemente de haberse comunicado con el licenciado no conoce la documentación hospitalaria. Sin embargo, la proporción de los estudiantes que conocen los documentos aumenta cuando se han comunicado con el licenciado del centro hospitalario (Gráfico 21. Anexo IX, Tabla 32).

Un análisis similar se puede realizar en relación al conocimiento de la documentación y la interacción con estudiantes de nivel superior (Gráfico 22. Anexo IX, Tabla 33). El mayor porcentaje de alumnos que conoce los documentos, podría marcar una tendencia beneficiosa en el sentido del aporte a la formación que pudieran tener sus pares de nivel superior como referentes.

# 5.2 Resultados y discusión del estudio cualitativo

#### 5.2.1 La práctica hospitalaria

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

En esta sección se distinguen en las entrevistas alusiones a la motivación generada por la relación interpersonal, basada en la interrelación con el paciente, el vínculo con el enfermo y la enfermedad, la sensibilización provocada por el campo de práctica y, por último, la orientación en la elección del futuro desempeño y su proyección social.

En la relación interpersonal, el vínculo con el paciente adquirió fuerza en los discursos. Este aparece como un elemento que motivó tanto la elección de la profesión, como el desarrollo de la práctica hospitalaria y que fue tardíamente experimentado.

me gustó la práctica, me gustó el contacto con las personas. (e6p2 gusto por el vínculo con el paciente)

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)

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 era lo que, cómo era, o sea era lo que yo quería el contacto con las personas, entonces como que lo veía así, con motivación. !(e6p1 motivación y gusto por el vínculo directo con el paciente)

Bueno, yo la nutrición me gusta por el tema del contacto con las personas. Yo hice medicina, un par de años y lo dejé por un tiempo porque ta me di cuenta por un lado que no







era lo que yo quería, y lo encontré en nutrición, que era la atención, o sea era algo por un lado igual que medicina, pero no capaz no por la responsabilidad, pero no con aquella carga de tiempo que muchos años medicina y eso. Entonces a mí lo que me gusta es eso, el contacto con las personas y es lo que espero encontrar, por eso me gustaría seguir la parte clínica, (e6p13 gusto por relación con pacientes y área salud)

Otro aspecto identificado fue la relación con el enfermo y la enfermedad y la distinción entre el impacto afectivo experimentado y la empatía con el enfermo. El impacto afectivo se presenta vinculado al sufrimiento y al dolor y a la sorpresa, dado que como sucede en varias categorías de análisis, la práctica del curso se revela como la primera experiencia de enseñanza en un escenario real de desempeño.

ver los pacientes que casi todos estaban bastante mal, algunos más que otros (e7p1 shock por contacto con enfermos).

Aparte algún que otro paciente lo vi muy mal, y me impresionaron también, me shockeó al no estar acostumbrada a ver, me shockeó, había un niño de quince años, que no podía, un adolescente de quince años que no podía ni hablar, ni comer, ni nada, porque lo choco un ómnibus y estaba horrible y tipo y era el único paciente nuevo que había, tuvimos que ir igual, hacerle la... fuimos entre varias, porque como era uno solo el que había, entre todas lo hablamos y fuimos y yo qué sé, pero me impresionó verlo así, que ni siquiera abrir los ojos podía y ta, la hicimos con la madre a la entrevista (e7p6 schock con el enfermo y la enfermedad)

una parte mala ver la situaciones de gente que bueno ta que existen y hay que acostumbrarse a que están. (e3p4 impacto afectivo)

pasó de una obesidad a una desnutrición, pero impactaba, y que ta personalmente me choco pila, yo qué sé que de repende, yo no estaba tan habituado a un hospital (e1p3 desconocimiento del ámbito, schock afectivo)

como que el primer día, la verdad vine, este emocionalmente me compungió, me afectó mucho, ¿no? sinceramente me afectó bastante, me decía ¿qué hacer?,(e1p3 impacto afectivo con el enfermo y la enfermedad)

El sentimiento que expresan los estudiantes fundamenta la interacción con el docente psicólogo que trabaja en la institución educativa, para que les brinde elementos que les permitan posicionarse desde el rol profesional en esta realidad.

En cuanto a la empatía con el enfermo, se expresa la necesidad de vincularse con el paciente desde un lugar que contemple la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra no solo física, sino emocional. El abordaje clínico-nutricional en la atención de los pacientes, desde el rol profesional aun como estudiante, parece concebirse siempre integralmente. También se observa que el valor ético orienta las tareas y les da sentido; esto conduce a la formación de un profesional que anteponga los intereses del paciente a los propios. En uno de los ejemplos que sigue el estudiante deja de lado el cumplimiento de los objetivos de aprendizaje, para evitar que el paciente interactúe repetidamente con distintos estudiantes.

Por ejemplo había... 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)

como se dice mal y pronto me hice, y ta te vas acostumbrando, que a veces también decís bueno ta, te hacés pero tenés que mantener esa sensibilidad, porque a veces también, tampoco tenés que alejarte tanto (e1p4 formación, habituación manteniendo empatía)

En relación con la sensibilización provocada por el campo de desempeño, la práctica se presentó como una experiencia inédita y, por lo tanto, una primera aproximación al campo de desempeño. Al igual que con los pacientes, el estudiante se sorprende e impacta fundamentalmente por escenas que le causan desagrado, disgusto y a las que debió sobreponerse.

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", donde las escenas y los actores resultaban ser desconocidos.

Es buena sí, y si había que pasar así de golpe, sirve todo sirve (e3p3 cambio brusco)

Y conocer casos nuevos, cosas que jamás me hubiera imaginado y todo, y situaciones...(e3p4 inexperiencia, desconocimiento)

en el sentido de que ta, ver pacientes, hacer algo diferente a lo que nunca habíamos hecho ... (e7 p1 experiencia nueva)

me impresionaba, llegar no sé, ver... Para empezar, la parte cuando llegaba el tisanero, con la comida y todos que iban todos en fila, ...(e7p5 shock frente a las escenas)

Porque es otro mundo, entrar a la parte clínica. (e4p2 ámbito nuevo)

me chocó pila, yo qué sé, que de repende, yo no estaba tan habituado a un hospital...(e1p3 desconocimiento del ámbito, schock afectivo)

Por otro lado, parece valorarse la práctica como una posibilidad de descubir o reafirmar el gusto o disgusto por el campo clínico vinculado a la asistencia hospitalaria. De esta forma, la experiencia permitió orientarlos en la elección del desempeño futuro.

me sirvió sí, sí me sirvió, me sirvió para darme cuenta que no es la parte que quiero seguir de la carrera, eso fundamental, me sirvió para decir que yo no quiero pasar el resto después que me reciba (e7p7 orientación al campo de desempeño profesional)

Sí, no sé, que me sentí cómoda, que me gustaría seguir en clínica, me gusta el hospital (e2p13 orientación al campo de desempeño).

Por último, se revela la proyección social que realiza el estudiante del desempeño, a partir de la práctica hospitalaria. En este sentido, se advierte el espíritu de servicio y particularmente el servicio en el área de la salud como proyección del quehacer. Según las manifestaciones estudiantiles, la práctica en terreno ha sido escasa o ausente, lo que provoca que no hubiera





instancias previas que permitieran confrontar las motivaciones iniciales al ingresar a la carrera con las formas en la que esta se expresa en los ámbitos de desempeño profesional.

Antes de empezar la práctica en la clínica como que veía que simplemente planteábamos una dieta y como que en realidad no teníamos mucha relación con lo que era un hospital, como que estábamos solamente para eso y realmente no me veía haciendo guía de consumo, plan de alimentación, o sea era lo que sentía, no me veía haciendo solamente eso, ahora cuando entré al hospital y vi toda la relación que hay, que tenemos en cuanto a múltiples patologías que no las tenia presentes realmente, ... veo que somos importantes (e5p26 alcance de nutrición clínica en el desempeño)

También se comprueba que las prácticas en terreno contribuyen a la motivación para el aprendizaje; potencializan las etapas futuras de formación, 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 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, son significados que aparecen en el servicio de salud. Así se expresan estas categorías en las entrevistas.

Me gustó ver que se puede con la nutrición, se puede hacer algo que no es, ah estudiás la carrera, tenés el título y listo, como que podés ayudar a las personas desde la base. (e2p3 sentido al aprendizaje, el servicio)

Me sirvió, porque es lo que me gusta hacer, o sea estoy en nutrición por eso, para aprender toda la parte de la alimentación, de mejorar la calidad de vida de las personas, tratar de mejorar, de acuerdo a cada uno la afecciones que tiene tratar de darle la mejor calidad de vida posible (e6p7 el servicio a la salud)

Ahí va... que es lo que me queda para este... decidirme más a lo que voy, pero creo que lo que más así de la carrera es eso, el poder, ayudar a las personas sino de poder estar ahí y decirle alguien con alguna afección "y bueno pero si usted realiza tales recomendaciones" bueno no encaminarlo un poco para mejorar el estilo, la calidad. (e6p14 gusto por actividad asistencial desde modelo asistencialista)

Sí, claro, eso me pasó realmente y yo me lo cuestionaba y veo que no, o sea que casi todas las patologías están relacionadas y que le podemos salvar la vida a un paciente con una buena alimentación que un paciente se muere, porque es la palabra, se muere cuando le llega una prescripción mal o el tizanero le da otra cosa, por eso tenemos que controlar mucho... ( e5p27 papel asignado a la nutrición en el cuidado de la salud)

Como se ve, 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. Es importante 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 ve, se involucran otros componentes que trascienden las capacidades





técnicas.

#### 5.2.1.2 La nutrición clínica en el desempeño profesional

Otro aspecto a destacar en las entrevistas es la valoración de las actividades del campo de desempeño. Las actividades operan en sí mismas como una fuente de aprendizajes cognitivos (conceptuales y procedimentales), afectivos y sociales (Sacristán,1989,citado por Andreozzi, 1998: 38). Estas, según Andreozzi (1998), permiten contribuir a la internalización de un conjunto de saberes que inducen al pensamiento práctico, que va más allá de la mera acción.

En los discursos de los estudiantes se traslucieron las actividades ejecutadas en sus prácticas y las observadas. Sus expresiones muestran un bajo nivel de conceptualización, desorden y lenguaje técnico limitado, es decir, características de una etapa inicial de aprendizaje. Es importante recordar que si bien las entrevistas a los estudiantes se realizaron en las últimas semanas del curso, la disciplina es nueva para ellos. En el currículum la normalidad y la enfermedad se organizan como entidades independientes y esto compromete la iniciación en el estudio de la nutrición en la enfermedad. Algunas actividades solo fueron observadas, pero no incluidas aparentemente en el plan de prácticas. Esto remite a un nivel más básico de enseñanza y aprendizaje en contexto real.

Si bien mencionan la necesidad de contextualizar las acciones, parecería que el encuadre de las actividades estuvo más próximo al paciente que al de la organización. El marco organizacional hospitalario es vivido por el estudiante con preocupación, pero como necesidad para ser atendida no tanto en su formación sino en su desempeño profesional. Consideran que puede ser un problema futuro para el desempeño, ya que en un hospital el desempeño profesional está mediado por la organización y no por el modelo de ejercicio liberal.

Las actividades siempre aluden al trabajo directo con el paciente y a algunos modos de actuación.

llevando la alimentación del paciente, del que va, dentro de todos los días va a verlo porque se iba, se le hace un seguimiento de cómo va evolucionando nutricionalmente según la patología que tenga (e7p15 proyección de actividades asistenciales)

En los pacientes bueno, viendo determinados pacientes, las patologías, a que tiene que priorizar, y en sala que el paciente tiene que priorizar, como eso seria ¿no? (e2p9 actividades asistenciales)

Bueno, por lo que he visto en el hospital y por lo que me imagino, tiene problemas de recursos, que también tenés que administrarlo, tenés que saber, no solo digo, a ver como tenés varias opciones tenés que saber administrarte tu economía, también, digo, siempre buscando priorizar lo del paciente, pero también saber en qué entorno te estás metiendo, dónde estás trabajando. (e1p10 actividades de gestión y asistenciales)

Actividades, modos de operar y de socializar del nutricionista en el desempeño profesional son





mencionados muchas veces en tono de demanda o como una declaración de un modelo que se definiría como ideal o del "deber ser", probablemente inspirado en el modelo académico.

Los estudiantes reclaman que el profesional nutricionista debe estar más presente en el hospital para solucionar problemas en la atención nutricional, así como que hay falta de individualización en la atención a los pacientes; aunque advierten el alto número de pacientes que debe asistir el profesional como una potencial causa al problema. Mencionan haber identificado en la práctica que existe inadecuación en las necesidades individuales de los pacientes e incumplimiento en el servicio de comidas debido a la falta de supervisión directa del profesional.

También señalan cuestiones que tienen que ver con la ética, la responsabilidad profesional como una función humanística de ese modelo ideal. Algunas actividades del desempeño profesional no las han experimentado, por ejemplo la educación a los pacientes. Este hecho refiere seguramente al patrón oficialmente acreditado como legítimo por la institución académica.

Criterios en el abordaje de los problemas, como priorizar la atención de los pacientes, parecen haberse incorporado 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, más próximo a una práctica rutinaria.

La inexperiencia previa y la atención de muy pocos pacientes en simultáneo podrían justificar la aplicación de métodos y técnicas diagnósticas sin discriminar su pertinencia, más característico de etapas iniciales en la formación de algunas competencias. Recordemos que 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, problemente como afirmaciones de carácter teórico, pero en estado rudimentario, que 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).

Asimismo, en cuanto a la idealización del desempeño, el estudiante expresa un imaginario de trabajo en espacios de desempeño de alta especialización, aún sin contar con experiencia.

...que la nutricionista de piso que priorice ... (e5p3)

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)





Bueno educar al paciente (e1p12 actividad asistencial)

Y que bueno, da mucho trabajo porque, se ve que a veces uno se encuentra con prescripciones medias que vos ves que se quedan con eso y que a veces tendrían que tener más trabajo, de estar más presente el nutricionista. Entonces yo me imagino, estando mucho más presente, estando en el hospital y tratando de no sé, de priorizar todos los casos por supuesto pero estar lo más presente posible en sala. (e1p10 modelo ideal )

Y hacerlos más individualizado con cada paciente, obviamente ver los que tienen más riesgos, eso sí, pero hacerlo mas individualizado y obviamente una entrevista, porque ni eso creo que hacen ya, una entrevista con cada paciente y poder llevarle un control, sino no hay forma. (e3p13 crítica al desempeño, modelo ideal)

no sé también capaz que se deja llevar por lo que le dicen pero, como que está muy ausente el Licenciado en Nutrición en el hospital mismo lo comprobamos nosotros que no estaba, entonces ya como que tenemos una imagen que no es muy buena, entonces estaría bueno hacer un cambio ahí y poder estar más con los pacientes, porque los nutricionistas a veces no tenían idea de nada, dietas que no tenían nada que ver, entonces ta, estaría bueno interiorizarse más con cada paciente. (e3p12 crítica al desempeño actual, cambio de modelo)

yo lo veía algo interesante que la nutricionista al momento de repartir, de dar el almuerzo ella estuviera viendo lo que el paciente come, no lo vi, o sea, no sé por qué motivo fue (e6p17 actividad atribuída y ausente)

me parece un punto importante que la nutricionista tiene que estar allí para ver, o sea, no se porque motivo no estaba pero... por eso digo, capaz que es un tema de tiempo, de mucha gente, y eso capaz que baja un poco la calidad del servicio (e6p18 actividad atribuida y ausente)

Más bien la parte de administración, pero también relacionado con eso hemodiálisis ... pero me gusta esa parte. No sé bien cómo se desempeña la nutricionista en el tema del hemodiálisis, cómo es bien, pero... (e2p14 idealización de lo especializado y desconocido)

no transformarnos en alguien que pone la huellita o agarra la tarjeta... por lo menos poder dedicarnos a tener un contacto con la gente, no se ven las nutricionistas, se ven que van y vienen con los kardex. (e4p8 crítica al desempeño, proyección modelo ideal)

La distancia entre la práctica estudiantil y el desempeño de los licenciados en Nutrición probablemente les dificultó a los estudiantes comprender las funciones que tenían asignadas y debían asumir, los encuadres de trabajo, las exigencias del puesto, los puntos de conflicto y su resolución. Esta distancia también evitó 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.

Los discursos contienen críticas al accionar de los profesionales y ausencia de una reflexión que denote un conocimiento sobre los modos de actuar y pensar característicos del contexto de actuación profesional en cuestión. El conjunto de representaciones que se generan ejerce una influencia significativa en el futuro comportamiento social del estudiante. Por lo tanto, se deberían propiciar experiencias que habilitaran a generar en los estudiantes una actitud cooperativa en las





relaciones con sus colegas. Esto favorecería a que se adaptaran a equipos de trabajo para buscar eficacia en forma corporativa, como fuerza transformadora de la realidad.

En las entrevistas, se dan muestras de 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. Se ve que no solo quedaron involucrados componentes técnicos, sino también atribuciones del profesional en relación con las decisiones tomadas. Esto da cuenta de la importancia que tiene el nutricionista en los modos de pensar la acción como referencia profesional.

...bueno ella me dijo que no, que le estaba dando otra, que en realidad ellos (se refiere a los nutricionistas) lo miraban pero después llevaban en su kardex otra cosa. Y bueno por lo menos ahí me quedé un poco más tranquila de que dentro de todo había cierta autonomía de las prescripciones dietéticas médicas (e4p7 preocupación por la atención al paciente; autonomía profesional)

De las actividades referidas a la práctica profesional, la educación en la alimentación, menús, etc. fue mencionada exclusivamente referida al paciente, no aluden a familiares ni a funcionarios dependientes, lo que excluye a actores claves en el proceso de atención nutricional.

Los estudiantes señalan que la entrevista con anamnesis fue la columna de su intervención, la gran diferencia entre la teoría y la práctica desde su experiencia hospitalaria y que tuvo gran impacto afectivo y valor técnico. Tal como se expresan los estudiantes, las entrevistas parecen haberse aplicado en la primera etapa del proceso, o sea, en la búsqueda de información para el diagnóstico clínico-nutricional. La visita diaria parece vincularse más con una idea de rutina que de intencionalidad asistencial con aplicación de criterio técnico.

Si bien se demanda la presencia del rol del profesional en el equipo de salud, no hay menciones al registro en la historia clínica como una acción que permite dar cuenta de sus atribuciones. En las entrevistas aparece la duda sobre si es necesario el registro en la historia clínica de la adecuación que realiza el nutricionista de la prescripción. El registro de información relevante para otros actores, de decisiones tomadas o desvíos a la prescripción, entre otros motivos, 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.

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 menús para los diversos tratamientos nutricionales, es decir, del proceso que consolida la ejecución del plan alimentario. Sin embargo, en algunos relatos estudiantiles se muestra que sí participaron de este proceso cuando tuvieron comunicación con





licenciados en Nutrición, pero sin mayor conocimiento de los procedimientos ni comprensión de las tareas que involucran.

porque no sé cómo es el tema de estar por ejemplo en el servicio cómo es... si es la nutricionista la que determina el tema de producción, eso como no lo vimos no, pero me imagino no sé... dirá las cantidades y controlan eso. (e2p9 dudas sobre responsabilidades profesionales)

No por eso te digo que en cuanto a la historia, que no aparece la prescripción dietética, de la nutricionista capaz que debería de aparecer (e5p3 duda de actividad profesional)

Me hubiera gustado, la parte esa que vos pusiste en la pregunta, capaz que lo hacemos más adelante, el tema de cómo planificar como lo harías tú hacia el grupo (se refiere al grupo de pacientes) (e2p4 inexperiencia sobre ciertas actividades)

Si bien las prácticas en terreno incorporan en el estudiante esquemas de acción ligados al desarrollo de actividades que componen el puesto de trabajo, estas como vemos resultaron bastante imprecisas en su formulación, desajustadas y en algunos casos desconocidas para los estudiantes. Esto podría ser una limitación para la internalización del proceso de atención.

En una aproximación al campo de desempeño de nutrición clínica en la atención hospitalaria sería interesante que diversas experiencias de enseñanza-aprendizaje permitieran gradualmente ir trabajando la gestión del proceso de atención nutricional que incluye la asistencia alimentaria. Un estudiante desconoce "si es la nutricionista la que determina el tema de la producción", es decir, desconoce si es o no una responsabilidad del profesional. Allí es donde se articula el saber disciplinar –nutrición en población enferma– con procesos altamente complejos por su dinámica y factores implicados.

En las entrevistas aparecen otros conceptos que aluden a la identificación o presunción por parte del estudiante de problemas en el desempeño profesional. Estos problemas están vinculados con la atención nutricional, la carga y dinámica de trabajo del nutricionista y la gestión como un componente altamente complejo. Vemos que algunos fueron experimentados en las prácticas, mientras que otros los vinculan al futuro desempeño.

La diferencia entre la indicación médica y el tratamiento nutricional a causa del incumplimiento en el servicio de comidas es un problema constatado por los estudiantes, aunque también esta diferencia podría deberse a modificaciones realizadas por el profesional al conocer algunas características particulares del paciente. Es importante considerar que justamente el estudiante no disponía de todos los elementos para explicar la inadecuación, como por ejemplo, los ajustes a la prescripción que podría haber realizado el nutricionista.

Eso será también que te desmotiva a que no te guste la clínica, porque el tema de leer una historia y que no entiendas la letra, si pasa porque son los médicos (e7p1 dificultades en la





### comunicación)

la dificultad que vi en la historia, al momento de mirar la historia de los pacientes que la prescripción de la nutricionista no aparece ahí, entonces como que no tuve tanto trato con la nutricionista de piso, como que no la veía mucho y las prescripciones que tenía la historia, que eran médicas en realidad cuando las mirabas no coinciden con lo que le daban al paciente. (e5p2 discordancia entre la indicación médica y el tratamiento)

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 avisoran y la fuerza que le imprimen a la individualización del paciente en la asistencia, porque de esta forma desconocen el componente colectivo que implica la atención alimentario-nutricional en un hospital. El abordaje de un número restrigido de pacientes, sin conocer algunos aspectos de la gestión que permiten atender a lo colectivo en el tratamiento nutricional, es un problema que se deberá abordar en la formación.

creo que veo complicado de estar en un servicio con mucha gente debe ser eso, el acercamiento del paciente, que capaz ella al no poder estar viendo, qué es lo que comen, qué es lo que dejan en el plato...(e6p16 dificultades de la atención colectiva)

me imagino que no debe ser fácil por el tema de la cantidad, eso del principio que era cuando las salas estaban llenas y ta obvio que no va a ser... no es fácil estar a cargo de tantos pacientes, todos de diferentes este... eh... de diferente puntos de vista digamos, (e6p15 carga de trabajo del profesional)

Claro, el nutricionista ahí maneja la dieta de las personas, y bueno me parece que un problema debe ser ese estar al pie de la evolución de cada paciente (e6p16 dinámica de la asistencia)

Según los estudiantes, otro problema para la práctica futura es la gestión de la atención nutricional. Está claro que el ejercicio profesional en un hospital no es una cuestión individual y que los servicios que presta están cada vez más mediados por la organización. El trabajo en una institución requiere actitudes y capacidades diferentes al ejercicio independiente. Desde la formación debe irse comprendiendo que la organización toma las decisiones últimas que afectan al servicio. Los vínculos y la administración de recursos humanos, materiales y financieros son puntos claves para que los estudiantes comiencen a internalizar los saberes desde una práctica situada.

Poder lidear con todo el tema de los recursos, organizar, priorizar, también una tarea bastante difícil (e4p8 supuestos problemas del desempeño)

# 5.2.1.3 La legitimación del quehacer

En las entrevistas los estudiantes aluden al posicionamiento de los nutricionistas en la organización y frente a otros actores. Elaboran juicios a partir de la observación de la dinámica de trabajo, donde distinguen aspectos relativos al ejercicio de la autoridad y a las atribuciones y responsabilidades del profesional.





Las manifestaciones estudiantiles reflejan lo que Kaes (1989, citado por Andreozzi, 1998: 37) llama "pérdida de ilusión". Este autor plantea que uno de los orígenes de la desilusión son los desacuerdos existentes entre el modelo profesional transmitido como ideal desde la formación académica y lo que le revela la experiencia concreta.

De esta forma, el estudiante se cuestiona el significado de "su saber particular" y muestra pérdida de autoestima frente a un desempeño restringido según sus expectativas. Asimismo, experimenta en el mundo del trabajo rivalidades para ocupar posiciones estratégicas de poder. 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". Las dificultades para encarar el propio desempeño, conforme a pautas y principios transmitidos por la institución de formación, son uno de los factores de conmoción afectiva del estudiante característicos de las prácticas en terreno. La brecha entre estos principios y las condiciones reales actúa como una fuente de tensión.

Aun en posición de espectador en relación con la responsabilidad de asistencia real a los pacientes, los estudiantes parecen asumir el rol del profesional y muestran una posición identificatoria. Interpretan que la desvalorización profesional no solo proviene de los problemas de poder que ejercen unas profesiones sobre otras, sino también de lo que el profesional trasmite desde su estilo de desempeño. Relatan que el tipo de vínculo que el Licenciado en Nutrición establece es condición para que una comunicación efectiva medie entre el saber y la autoridad reconocida. En lo relatado por los estudiantes se confirma que la formación disciplinar alcanza, en las prácticas en contextos reales de desempeño, la socialización del saber.

La práctica hospitalaria como cualquier otra en terreno está acompañada de creencias y valores, además de los conocimientos propios de la disciplina. El estudiante sabe, desde su formación teórica, que debe recoger la prescripción dietética médica de la historia clínica, pero simultáneamente aprende en las clases teóricas a formularla considerando el diagnóstico clínico-nutricional, ya que la prescripción dietética es base para la planificación de la alimentación del paciente. Entonces, si bien aprende que debe considerar la prescripción del médico, también aprende a realizarla. Esta contradicción está presente en las atribuciones que el estudiante le confiere al nutricionista y al médico en esta actividad.

En la práctica, el estudiante encuentra en la historia clínica una prescripción médica, que confronta con la prescripción que realiza en el marco de sus tareas de práctica y observa coincidencias y discrepancias entre ambas. Las características nutricionales que formulan los nutricionistas, no se consideran, ya que se requiere de la legitimación médica. El estudiante





interpreta esto como una falta de reconocimiento al trabajo del Nutricionista.

que no participamos dentro de una historia clínica donde a veces es totalmente fundamental, esta 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)

La formación profesional 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 podrán estar desprovistas de la autoridad necesaria para constituirse en competencias legítimas (Silman, 1972, citado por Tenti y Gómez, 1989: 34).

En algunos casos el estudiante asume la identidad del Licenciado en Nutrición al ver amenazado su propio proyecto. Debido a que la práctica social es condición para la problematización y resignificación de saberes, surgen cuestiones como la construcción de la multidisciplinariedad, los saberes específicos de las profesiones, la autoridad, la responsabilidad integral de la salud del paciente. Todos estos elementos pretextan la construcción de dispositivos educativos que habiliten la reflexión y discusión de estos temas y que posicionen al estudiante como un hacedor desde espacios reales de desempeño.

En cuanto a la pérdida de autoridad, si bien las tareas de la práctica no implicaban la interacción con el personal dependiente del servicio de alimentación, hubo estudiantes que se mostraron interesados en profundizar la experiencia y observaron y tomaron contacto con el servicio de menús. Estos manifiestan claramente que existe desautorización al trabajo profesional cuando el personal de dicho servicio no cumple lo indicado al servir la alimentación a los pacientes.

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 churrasco? ¿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)

había compañeras que estaban haciendo la parte profesional ahí, que una de ellas vi que la





acompañaba para ir viendo y ahí sí como que respetaba más (e7p6 presencia profesional como habilitante de la autoridad)

porque vi y eso es algo que no me agradó mucho el tema de que por ejemplo venía alguien y decía al tisanero "ah dame... ¿Qué tenes hoy para comer?" "Mirá, hoy tenés tal..." "¡ah no! dame tal otra" y el tisanero iba y le daba, o sea como que no respetaba. (e6p17 pérdida de autoridad)

# 5.2.1.4 Los vínculos con otros actores

Desde la perspectiva de Glazer (1966, citado por 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 y al mismo tiempo identifica valores y hábitos de trabajo propios del futuro mundo profesional. En este sentido, la socialización requiere de la interrelación con otros. En las entrevistas se identificaron dos grandes categorías: una vinculada a la necesidad de pertenencia que tienen los estudiantes a los grupos establecidos en los contextos de práctica y otra a la jerarquía que toma el equipo de trabajo como un modelo ideal de trabajo profesional.

La necesidad de pertenencia es importante para crear climas propicios para el aprendizaje. El vínculo con el personal de enfermería se desarrolla en las áreas de desempeño donde trascurre el trabajo de estos profesionales, es decir, la enfermería y la salas de internación. La organización del trabajo en una unidad de hospitalización considerando objetos y actores fue seguramente facilitada por estos profesionales.

La pertenencia a un colectivo es una necesidad de las personas. Si esta es satisfecha, contribuye a la motivación y, por lo tanto, promueve un contexto favorable para el aprendizaje estudiantil. En las entrevistas se reflejan sentimientos de gusto y satisfacción vinculados a esta necesidad primaria. Los estudiantes estuvieron motivados porque encontraron acogida, aunque esta parece provenir de otros actores diferentes al Licenciado en Nutrición. Esta situación refuerza la idea de la distancia que toma la práctica estudiantil con los futuros colegas.

pero las enfermeras que estaban ahí nos ayudaron pila, tipo nos explicaban que era más o menos o cosas así ( e7 p1 aceptación, orientación de miembros del equipo)

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)

Como que sentís, que por ejemplo las enfermeras, te reconocen, te dicen "¡ah sí, mirá que bien!", como que te dan el lugar ese, por ser estudiante, y todo como que te aceptaban en el grupo. (e2p2 satisfacción por ser integrado, reconocido)

Me sentí cómoda, me sentí bien, pude trabajar con el paciente, sentí el apoyo del equipo tanto de enfermeros, como médicos (e5p1 aceptación de otros miembros)

Es importante considerar el desempeño en el equipo en la formación, particularmente en el área





salud, en la medida que la actuación se inscribe en espacios sociales complejos, que obligan a interactuar con colegas y otros profesionales.

El desempeño del Licenciado en Nutrición parece, según los estudiantes, idealmente circunscripto al trabajo en equipos multidisciplinarios, donde el profesional debería tener una postura proactiva. Esto también parece expresar idealización de un modelo de actuación. Simultáneamente, los estudiantes indican que pueden presentarse dificultades cuando las decisiones de los integrantes del equipo son contradictorias. Parecería ser que se le asigna al médico el rol del que decide respecto a las intervenciones del resto de los profesionales. La opinión del estudiante es negativa sobre el nivel de integración del nutricionista y sobre cómo los integrantes del equipo consideran el trabajo de este profesional. Esta opinión se fundamenta en lo percibido en torno a las atribuciones profesionales y las debilidades en su legitimación.

Pero en los relatos no se advierte que el plan de práctica establecido para los estudiantes favoreciera su integración a los equipos profesionales, o con colegas, o con otros equipos de trabajo –por ejemplo con el personal a cargo—. Además, la debilidad en la comunicación con nutricionistas perjudicó la formación de un modelo con el cual identificarse limitando en el futuro la construcción colectiva con sus pares. La capacidad de escuchar, entender, interactuar debe fomentarse con experiencias previstas en el plan de práctica. Para el logro de estos objetivos quizá sea importante incluir otras ciencias, de corte social, para contribuir en la formación de las habilidades requeridas en la coordinación, constitución, administración de grupos, fomentar el análisis de las implicaciones valorativas del ejercicio de las profesiones y humanizar los problemas prácticos (Tenti y Gómez, 1989: 53).

También se advierte la idealización del trabajo en equipo en algunos sectores especializados de desempeño profesional, aun sin conocerlos.

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)

me da la impresión, no se lo valora al nutricionista como se debería valorar dentro de un hospital junto con un conjunto de médicos ... un grupo de profesionales dentro del grupo de profesionales al nutricionista no se lo valora, desde el hecho que eso fue uno de los temas que hablamos uno de los días (e7p12 desvalorización del profesional en el equipo)

bueno imaginarme trabajando, me imagino trabajando y no sé como expresarme pero... pienso que no sé si está enfocado a ese punto de vista, pero hay áreas más específicas





que otras entonces por ejemplo en el área de renales ahí vamos a esta... bueno lo que pasa es que nosotros trabajamos como en equipo ¿no? me imagino trabajando en equipo, con médicos, enfermeros coordinando, siempre controlando la alimentación que le llega al paciente, que es muy importante y veo que en los hospitales no se hace mucho y bueno... como trabajando en equipo, siempre proponiendo ideas o desde mi punto de vista nutricional que se pueden hacer para mejorar la calidad del paciente o tratar la patología que tiene porque es más que nada un trabajo multidisciplinario lo que hace en un hospital un nutricionista, no es solo el nutricionista (e5p18 modelo ideal de trabajo en equipo en unidad especializada)

sí por supuesto que se van a derivar los pacientes, algunos se derivan específicamente al nutricionista para que le planee, pero previo a eso hay todo un ateneo con especialistas que evalúan el caso, para estar todos coordinados, para que no diga yo hago tal cosa, viene el enfermero hace otra y viene el médico y hace otra y propone otra, entonces es para...(e5p18 modelo de trabajo en equipo)

cuesta mucho coordinar un equipo multidisciplinario; cuesta mucho que al Licenciado en Nutrición le den el lugar en el equipo multiprofesional, de haberlo visto en mi experiencia personal y de haberlo visto ahora (e4p7 problemas de posicionamiento del profesional en el equipo)

# 5.2.1.5 El hospital

Algunos estudiantes señalaron que el hospital tenía una fuerte influencia en la enseñanza y que esto incidía negativamente sobre la motivación y gusto o disgusto por la orientación hacia el campo de desempeño. El motivo de esta gran influencia responde a una coyuntura asistencial que determinó que en uno de los hospitales de práctica hubiera una disminución de la población asistida y, por lo tanto, el número de situaciones clínicas fuera limitado.

Los estudiantes valoraron que la heterogeneidad de posibilidades de aprendizaje dependió del centro de práctica asignado. Sin lugar a dudas, el traslado del aula a contextos reales incorpora estos problemas emergentes, que demandan al docente cambios metodológicos y organizacionales del plan de práctica como forma de atenuar las dificultades de enseñanza y aprendizaje.

A mí lo que me, desde mi punto de vista me pareció, es que, será porque nos tocó en el hospital xx, en el momento que está atravesando..., que no teníamos pacientes, de que andábamos todos perdidos (e7 p1 coyuntura del centro de práctica desfavorable)

Bueno y aparte de que tuvimos ¿Cuánto tiempo? Como cinco semanas de corrido, si un mes y algo, en parte médica en donde los pacientes no cambiaban casi nada, hemos llegado a ir un día, ninguna teníamos pacientes y había una cama sola, entonces es la situación del hospital xx también, que no atendía, que no llegaba gente (e7p1 coyuntura del centro de práctica desfavorable)

era el hospital en el momento, la situación en que se encontraba, que no estaba bueno porque no teníamos tipo pacientes para ver, muchos pacientes, teníamos poquitos y siempre era la misma cosa, nada nuevo, quirúrgico yo vi dos pacientes nada más, cuando tenía la oportunidad de ver cuatro, pero se repetían, no había y no entraba gente y dos murieron en ese momento y entonces ta (e7p3 coyuntura desfavorable del centro de práctica)

me gustó al principio estuvo... así teníamos pacientes y la dinámica estaba buena, pero después empezó todo el tema de la situación del hospital y eso como que empezó a







desmotivar un poco (e6p1 coyuntura desfavorable del centro de práctica)

Eso de llegar, no tener pacientes, de dividir muchos pacientes... no al revés dividir un paciente con muchas compañeras, y eso fue lo que me fue un poco desmotivando (e6p2 coyuntura desfavorable del centro de práctica)

estábamos en desventaja con la gente del hospital xx, que ya estaban viendo quirúrgico, y este ta, nosotros le dijimos a la profesora que no era un tema solo porque allá estaban dando un tema que capaz que no la encaran después en quirúrgica, estamos preocupados por la formación de nosotros que ellos ya estaban viendo quirúrgico y nosotros no, y también queríamos hacer lo mismo. (e6p11 heterogeneidad de experiencias de aprendizaje)

# 5.2.2 Teoría y práctica en la experiencia

Son claras las referencias estudiantiles a algunos aspectos que se vinculan con la concepción de enseñanza y las formas de aprender. El tipo de relación entre la teoría de la disciplina y la práctica presenta un orden o secuencia preferencial, que es el de la lógica tradicional de formación. Se identifican también en los discursos el valor diferencial de la práctica en terreno para el aprendizaje, la valoración que realizan de los diferentes componentes del curso y, por último, el tiempo o duración del curso y los tiempos de aprendizaje, como se verá en este apartado.

# 5.2.2.1 La enseñanza y el aprendizaje

La concepción de enseñanza demandada por los estudiantes responde a la lógica tradicional – primero teoría y luego práctica—. Según los discursos de estos, el orden en el que parecería se desarrollan los teóricos y prácticos en el plan de estudios, particularmente con prácticas en terreno ubicadas en los últimos años de formación, muestra una concepción que afirma que el estudiante necesita dominar la teoría para luego entender la práctica y la realidad.

En la lógica tradicional de la enseñanza, la práctica se coloca en el vértice final de la formación y el estudiante no hace lectura de la práctica como punto de partida para la construcción de la duda epistemológica. Probablemente, la influencia de esta concepción en la formación contribuyó en el estudiante a concebir la teoría y la práctica desde una relación más instrumental que dialéctica. Esta podría ser una de las razones por las que refieren como un obstáculo la debilidad teórica al abordar los problemas de la clínica. Esquemáticamente la concepción del orden teoría y luego práctica considera que la competencia práctica comienza donde termina el conocimiento teórico, sin propiciar que aquella dé origen a reflexiones que permitan enriquecer lo logrado teóricamente.

Seguramente tomar situaciones de la práctica como punto de partida para la enseñanza y el aprendizaje no fue deliberado por parte de los docentes del curso, sino que se incorporó como un componente metodológico. Esta metodología 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. La





enseñanza con este enfoque podría contribuir a la formación en investigación, porque le ofrece al alumno condiciones básicas para que este lea, reflexione, observe, pregunte; todas acciones propias de la investigación. Desde esta mirada el alumno es capaz de producir su propia experiencia de aprendizaje.

Sin embargo, el estudiante no lo valoró 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 teoría previa a la práctica indican la necesidad de comprender los problemas clínicos, responder 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 las experiencias de aprendizaje teórico de los cursos previos al de nutrición clínica, con las exigencias de la propia práctica. Las siguientes citas expresan la necesidad de que la teoría anteceda a la práctica:

Las limitantes que vi en cuanto a los teóricos, nosotros del momento que empezamos a dar teórico, a la semana empezamos con las prácticas, yo creo que tendríamos que haber hecho toda la parte teórica primero y ver todas las patologías y algunas que ni siquiera vimos y después empezar con las prácticas. (e5p4 secuencia teoría luego práctica)

lo otro, lo que tengo con respecto a cómo se da el curso, que ahí no es positivo, la valoración que tengo, porque primero para mí tiene que dar el teórico antes que vayamos a la práctica de clínica. (e4p3 secuencia teoría-práctica)

pero haber tenido todos los teóricos antes y después la práctica. Porque estaría más bueno, yo qué sé, llegás con otras ideas, porque de repente vos vas a hacer una entrevista con un paciente y no has visto el teórico, y hay cosas que vos no le preguntas, porque no sabias que tenias que preguntárselo (e1p9 omisiones por falta de teoría previa)

En las próximas citas aparecen los fundamentos brindados por los estudiantes en relación con la necesidad de dar otro orden a la teoría y la práctica hospitalaria.





...como que nos decían, ah porque yo no puedo comer tal cosa, y nosotros no entendíamos los temas bien todavía (e6p12 desconocimiento del abordaje)

...por lo menos tener un pantallazo de la patología, de las principales, porque obviamente no se pueden ver todas, pero por lo menos tener un pantallazo, 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)

...entonces me parece que primero tendríamos que tener la formación del teórico porque además nos da más seguridad (e4p3 valor de la teoría)

como que mucho conocimiento y abordaje no tenía, porque nosotros planteamos... como que en la parte fisiológica, si en los libros y eso te podés manejar (e5p5 disciplina teórica)

me hubiese gustado estar como más firme en el teórico para venir, y ahí si, si te faltaban datos o no entendías bien buscar mucho más información, pero como que me vi perdida, porque patologías o algo que no habíamos dado como que... (e2p5 desconocimiento, desorientación, orden t-p, valor teoría)

así como lo organizaron está bien sí pero ya te digo me hubiese gustado esa parte de como más fundamentos o con más conocimientos,(e2p6 teoría como fundamentación)

El tema de los teóricos sirvió pero como que íbamos desfasados, entonces no siempre, veías una patología en el hospital y todavía no la habíamos visto, pero si los teóricos sirvieron un montón. (e3p8 dificultad por desorden teoría y práctica)

Otros 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.

Que sí que las tres cosas son muy importantes pero que no fue... capaz que hubiera estado mejor que dábamos teórico de diabetes y ya hacíamos ejercicios de diabetes, y ya estábamos con pacientes diabéticos, entonces viste...(e6p12 simultaneidad de experiencias)

Sin embargo, y a pesar de las dificultades planteadas, la propuesta parecería haber sido un desafío para algunos estudiantes, además, les otorgó confianza, los obligó a probarse, constituyó, como dije, una motivación y los estimuló a redoblar esfuerzos. Percibieron que obtuvieron mejores logros en términos de aprendizaje.

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)

El papel diferencial de la práctica se destacó en las entrevistas. Los estudiantes relatan que los aspectos altamente positivos para su aprendizaje son múltiples. En este sentido es que aparecen frases que refieren al valor experiencial del aprendizaje como capital.

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

Y bueno y ta, creo que la práctica es todo, creo que yo aprendí por más que haya sentido la situación, aprendí en este tiempo más cosas que si hubiera quedado en el salón de clases. (e6p8 valor de la experiencia para el aprendizaje)

Una cosa es ver los casos teóricos y otra cosa es ir y entrevistar al paciente ...(e4p2 valor de la práctica, motivación)





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)

Otro aspecto mencionado como importante para la enseñanza fue que pudieron ver el conocimiento contextualizado, cuestión necesaria para responder a la realidad.

Me gustó saber el lado de ellos, conocer el lado de ellos ... eso de que hay veces que uno sabe la realidad un poco del otro pero también 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)

Parecería también que la práctica permitió advertir la interdisciplinariedad requerida para abordar los problemas en contextos reales, aunque el estudiante hable exclusivamente de la nutrición clínica como disciplina. Probablemente esto se deba a la inexperiencia previa y a que no identifica que es la acción en contextos reales la que demanda la interdisciplinariedad.

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, entonces eso...(e5p5 interdisciplinariedad en la disciplina)

Por otro lado, parecen adjudicarle a la práctica en terreno una dimensión integral en la formación, que incluye componentes técnicos y humanos.

Desde el punto de vista personal, como de crecimiento personal, me aportó mucho, me aportó mucho. (e4p1 formación personal)

Claro, no si digo, digo, me sirvió como estudiante y como persona, ta, este en ambos sentidos (e1p4 formación profesional y personal)

después yo, me lo explicaba como diciendo, porque ta, de repente, uno no anda tanto en este ámbito, capaz que estamos acostumbrados a andar en el terreno privado, donde te atendés, y te chocás con realidades que vos decís pah... a veces decís que en este país que gente que hoy en día no sabe qué comer, o, yo qué sé. Eso te sirve y te nutre, a la vez que te genera inquietudes, que es importante. (e1p3 formación personal)

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, la entrevista con el paciente les permitió autovalorarse. Otro tipo de la capacidad es la referida al "saber hacer", expresada como conocimiento en acción. Sin embargo, también mencionan que esto fue una debilidad de la experiencia por no haber trabajado algunas patologías nutricionales.





Para el tema que capaz me sirvió más es para el contacto con la gente, con el paciente, eso ni que hablar porque fue el primero, pero ta, costó pero de todas las entrevistas, tanta cosa que uno ya llega más o menos a ir aprendiendo como llevar la entrevista. (e3p5 dificultad habilidades comunicacionales; necesidad de practicar)

el trato con el paciente, aprender a manejarme con el paciente, y no tanto leer sobre un paciente (5p7 aprendendizaje en acción)

bueno el contacto con la gente, no te voy a decir que fue fácil, pero ta, me ayudó mucho a soltarme a mí también (e1p1 aprendizaje de habilidades de comunicación)

tuve muy buena facilidad con lo que es el interrogatorio de la entrevista, que yo pensaba que al momento de preguntar y hablar con el paciente como que me iba a dificultar sacar los datos, pero en forma organizada como que me pude manejar bien. (e5p2 autoevaluación, formación para la comunicación)

anemia no se dio en profundidad, sí tenemos los conceptos, pero qué hacer frente a un paciente con anemia es una dificultad, para mí que no la vimos así tendría que indagar en materiales (e5p5 diferencia entre conocimiento y aplicación del conocimiento)

Los estudiantes aluden a varios elementos que permiten pensar que vivieron la práctica como una enseñanza promotora de la comprensión del quehacer. Identifican 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 vehiculizar el plan.

me sirvió, me sirvió en que aprendí a aterrizar los conocimientos como te decía antes, eh digo, en visualizar que de repente, en visualizar que no todo se resuelve tan prácticamente, que como un IMC<sup>29</sup> de 21, todo tan cerrado que no, que tenés que abrir un poco más la cabeza..., Yo entiendo que ta en..... cuando estás estudiando, tenés que tener una metodología de estudio, tenés que tener la cabeza abierta, de que un problema puede tener varias soluciones y que todas pueden estar bien. Porque mismo yo a veces me planteaba por este lado, pero de repente que es un disparate lo que estoy dando, yo qué sé una capacidad de ingesta disminuida, pero yo le quiero dar todo esto y era un disparate, como iba a plantear esta meta, un estilo así viste? Eso me sirvió pila porque me hizo aterrizar. (e1p6 práctica como teorías en contexto- distinguir ideal de posible)

Se percibe entonces que dentro de las diversas experiencias del curso Nutrición Clínica se propone la necesidad de superar rutinas. Esto permitiría 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. Los estudiantes relatan muy

29 Índice de Masa Corporal: indicador antropométrico para la valoración del estado nutricional que combina el peso y la talla.





claramente experimentar esto en la práctica hospitalaria.

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. Los estudiantes manifiestan, por ejemplo, haberse enfrentado a historias clínicas con información limitada y haber tenido que tomar decisiones a pesar de ello.

te faltan datos, ... mismo agarrás la historia, y a veces, te encontrás cualquier cosa, pero claro ahí te encontrás con la dificultad, y también buscás la forma de solucionarlo, o buscás la forma de justificar, de porqué tomaste esta decisión (e1p2 incertidumbres y toma de decisiones con fundamentos)

Expresiones 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.

uno esta ahí con él te sacás dudas, cosas que en los libros no están que los pacientes te ayudan a comprender más, no es que te den una clase, pero te ayudan a comprender más de decir "ah yo capaz que le doy una preparación así, y estoy, les propongo una preparación así digo, no pero hay que ver un poco más, la disponibilidad que tiene, no es ir siempre a lo ideal, sino adecuarse a la situación total del paciente socio-económico todo (e5p8 aprendizaje en contexto)

Otro aspecto interesante fue el abordaje de múltiples situaciones clínicas en simultáneo, al igual que vimos en el análisis del estudio cuantitativo, el abordaje clínico-nutricional en contextos de complejidad.

Pero cuando tenemos un paciente que tiene cuatro, cinco patologías ahí es cuando relacionás, bueno si considero la hipertensión pero... bueno es renal, ¿qué hacemos acá? (e5p7 aprendizaje en situaciones complejas)

### 5.2.2.2 Práctica real y virtual

La virtualidad de las tareas y el desfasaje entre los tiempos de aprendizaje y los tiempos reales de asistencia parecen condicionar el desarrollo de algunas capacidades. La planificación del tratamiento nutricional dependió de dos circunstancias diferentes en relación con la situación clínica del paciente: la intrahospitalaria y la ambulatoria (el paciente ya en su domicilio).

Esto trae aspectos positivos para la enseñanza, ya que coloca al estudiante en el ejercicio de operar con conocimientos hacia 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 están marcadas por una condición de virtualidad. De ahí que la expresión de los estudiantes "resolución de casos" hace un corte entre la asistencia real y la virtual, donde la segunda es definida como un ejercicio que toma elementos de la realidad.

La virtualidad está marcada porque el plan de tratamiento que realiza el estudiante no se ejecuta





en términos reales de asistencia alimentaria al paciente. Si bien la práctica virtual puede evitar algún menoscabo al paciente en su asistencia, igualmente se podrían recoger algunos elementos del contexto institucional e incorporarlos en el ejercicio. Se vislumbra en el relato de los estudiantes 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 conoce cómo se realiza la asistencia nutricional tal cual lo debe abordar el profesional en el hospital. Sin embargo considera que puede ser un problema futuro. Estos factores son críticos para limitar la desilusión en la práctica pre-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 en particular. El estudiante lo valora como una pérdida en la individualización del tratamiento.

La planificación de la alimentación intrahospitalaria consideraba la situación clínica desde el momento en que el paciente era captado por el estudiante, 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 significaba la falta de sincronización entre el diagnóstico realizado, la planificación del tratamiento —que no ejecutaría— y la evolución del paciente. El control de la evolución o monitoreo, no fue incorporado a la práctica real; cuando sucedió, más bien puede valorarse como un compromiso afectivo del estudiante con el paciente con el que habían tomado contacto y no como una revisión de los resultados asistenciales, ya que él tampoco ejecutaba el tratamiento. 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 considera 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 negadas pudieron limitar el desarrollo de algunas competencias, limitando el nivel de comprensión del proceso de atención, es decir, cómo se interrelacionan las etapas que lo constituyen. 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 para la práctica.

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)

# 5.2.2.3 La interrelación entre componentes de formación del curso Nutrición Clínica

La interrelación entre el curso teórico, el práctico de cálculo, la presentación de casos clínicos y la práctica hospitalaria fue otro aspecto abordado por lo estudiantes. Si bien la opinión parece ser unánime en relación con la importancia y necesidad de cada uno de estos módulos de formación teórica y práctica, mencionan algunas dificultades de organización. Proponen incorporar, en sustitución de otras experiencias menos ricas, prácticas de nutrición clínica en el campo de atención individual en el primer nivel, ya que consideran que su ausencia es una debilidad de la formación.

totalmente, eran todas vinculadas porque asociás una con la otra, la parte de cálculo, tipo te ayuda para la dieta también, pero para eso tenés que saber las metas, para saber las metas tenés que haber estudiado la dietoterapia y a eso tenés que saber qué patología tiene... están todas asociadas si (e7p9 interrelación entre partes del curso)

No, totalmente vinculadas sí, porque tú para atender a un paciente, se necesita,..., pero se necesita tener una base de abordaje nutricional, de tamizaje, luego de resolver y pautar con las medidas de cálculo y por supuesto tener un conocimiento teórico de la patología que tiene (e5p13 interrelación teoría- práctica)

las vinculo, claro todo eso que yo aprendí, lo trate de aterrizar todo lo de las instancias de práctico, a parte de que a veces veíamos pacientes, digo después veíamos lo teórico y lo práctico, entonces uno trataba de estar en esa parte, sobre todo estar uno un poco más atento y tratar de ir interrelacionando y a veces te dabas cuenta que habías resuelto algo mal y tenías que volver a retocarlo (e1p9 correlación t-p; autoevaluación)

Y la presentación de casos está buena, yo noté que quedó descolgado, terminó la entrega de los protocolos, y empezamos con la presentación de casos y que hospital y que no coincidía (e4p6 desorganización del curso)

que todo un calendario, un cronograma, no me resultó bien organizado y me parece que ese tiempo nosotros lo podíamos haber hecho... aprovechado mejor haciendo una pasantía por policlínica (e4p6 sustitución por otra experiencia práctica)

Y lo otro es poder pasar por policlínica, porque esta buena la presentación de casos, incluso yo hoy presenté uno, pero en realidad depende, en vez de estar presentar casos, porque quedó como un bache, o sea terminamos... o sea quedó ahí un bache la presentación de casos, quedó... no está bien coordinado. (e4p5 optimización del tiempo-experiencia de otro campo de práctica)

### 5.2.2.4 El tiempo

La duración del curso, particularmente de la práctica, y el tiempo para el aprendizaje fueron





contemplados en los discursos.

Con respecto a la duración del curso, los estudiantes hicieron hincapié en que es insuficiente la carga horaria. Esto se presenta incluso como una demanda explícita al cuerpo docente. Sin embargo, entiendo que para valorar la adecuación o inadecuación de la duración del curso hay que considerar cómo ha sido la formación previa del estudiante. El tiempo requerido para la enseñanza y el aprendizaje también se vincula con la concepción de enseñanza.

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, y de esta forma probablemente no se capitalizan suficientemente los conocimientos previos de nutrición básica y del ciclo vital.

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 pasan por sustituir las reuniones con los docentes –ateneos con presentación de casos clínicos– por prácticas en servicios de salud, donde se requiere realizar atención nutricional individual ya que, según ellos, esto es un déficit en su formación. Otras sugerencias tienen que ver con el desarrollo 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.

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

Faltó mas tiempo, creo, creo que el 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)

lo que pasa que el tiempo que nosotros tenemos...es medio año para clínica que es una materia que es muy extensa, tiene mucho contenido, creo que todos los compañeros estamos de acuerdo en eso y lo planteamos pero como que no se resuelve nada y bueno ta como que se dificulta demasiado (e5p5 duración del curso escaso, reclamo sin efecto)





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

Y lo otro es poder pasar por policlínica porque está buena la presentaciónde casos, incluso yo hoy presenté uno, pero en realidad depende, en vez de estar presentar casos, porque quedó como un bache, o sea terminamos...(e4p5 optmizacón del tiempo)

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.

no da el tiempo para procesar el conocimiento, yo creo que me va a llevar meses para procesar el conocimiento....( e4p6 tiempo de aprendizaje)

# 5.2.3 Papel del estudiante y el profesor en la práctica hospitalaria

# 5.2.3.1 Los estudiantes y el aprendizaje

La actitud estudiantil para el aprendizaje

Las entrevistas mostraron que algunas actitudes en los estudiantes fueron clave en su aprendizaje. Hablan de "coraje", en el sentido de fuerza para sortear dificultades que de algún modo parecían poner en riesgo la integridad afectiva. Además, se identifica la necesidad de mantener una actitud pro-activa para enfrentar las dificultades del contexto. Las amenazas de un mundo nuevo se transforman según el estudiante en un elemento 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.

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)

yo busqué casos, diversidad de casos, traté dentro de lo posible la diversidad de casos (e1p8 autogestión para aumentar calidad de la experiencia)

Estrategias para el aprendizaje autorregulado

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 estudio entre estudiantes que realizaban la práctica en el mismo centro hospitalario, 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 ilustran formas habilitantes para un aprendizaje autorregulado.

... 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 nosotras, eso me gustó mucho. (e6p8 autoformación-motivación)

Las situaciones que los estudiantes identificaron que requerían estas estrategias generalmente refieren a situaciones complejas tanto clínica como afectivamente en las que debían realizar las entrevistas a los pacientes.

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)

Esto les permitió no solo contribuir a sobrellevar el impacto afectivo, sino a favorecer la autorregulación del comportamiento. La presencia de más de una patología requiere integrar y priorizar conductas de tratamiento. Por lo tanto, expresan que este proceso fue optimizado desde una construcción colectiva. En relación con la formación de grupos de estudio y reflexión, los estudiantes manifiestan como prerrequisito la existencia de una relación de solidaridad entre ellos.

...se formó un grupito que eso ayuda también, me motiva, por un lado motiva, porque la situación como estaba ... no quedaba en la suya, no de egoísmo ... nosotras como que quedábamos ahí un poco. (e6p10 autoformación-solidaridad-compañerismo)

El diálogo, el intercambio, la discusión predominaron como base del trabajo en grupos. También las estrategias hablan de la administración del tiempo, porque estos encuentros se desarrollaban durante el horario de la práctica.

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 la satisfacción personal durante el proceso.

El estudiante advierte algunos nudos para el aprendizaje y la necesidad de superarlos. Por





ejemplo, mencionan que tanto en forma colectiva como individual tuvieron que realizar búsquedas bibliográficas y estudiar frente al desconocimiento de alguna patología, debido a que aún no se había abordado en el curso teórico pero el conocimiento era demandado en la práctica en función de los pacientes que debían asistir. La lectura aparece en los relatos como una necesidad sentida por el estudiante para poder "entender" y, a su vez, estimulada por los docentes.

Buscar experiencias (por ejemplo, observar el servicio de comidas a los pacientes) y seleccionar distintas situaciones dentro del proceso de atención (para enfrentar nuevos problemas) los llevó de forma voluntaria a profundizar la experiencia práctica, diversificarla y multiplicarla, más allá de las actividades asignadas. Son ejemplos de un estudiante autónomo en las formas de aprender.

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 de demostrar cierto dominio en la realización de entrevistas como parte de la 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.

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)

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 es seguramente una estrategia metodológica de los docentes, 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. Sin embargo, anticipar experiencias prácticas a los





conceptos teóricos, así como el trabajo con baja tutoría docente o profesional parecen haber sido vividos por los estudiantes como experiencias prematuras considerando las actividades asignadas y el contexto donde estas se desarrollaban, tanto en los aspectos cognitivos como afectivos.

# 5.2.3.2 El profesor y la enseñanza

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

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 prescindencia 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 y ayuda, dada la situación de vulnerabilidad que sintieron. A esto se agrega la necesidad de una mayor guía directamente en terreno.

A mí personalmente me costó mucho... me costó mucho, ya te digo me gusta, el tema, me qusta el tema estar en el hospital y la parte clínica, pero capaz que me hubiese gustado ... capaz que un poquito mas de quía , no dejarnos así tan solos, porque cuesta un montón, ... capaz un empujoncito más, una guía me hubiese gustado más. (e3p1 demanda de guía, orientación, acompañamiento docente)

yo tenía otra idea de clínica, tenía la idea de ir que te iba a tocar un paciente, de que ibas a ir a hablar, de que yo qué sé... la profesora iba a estar más con vos o seguirte más no sé ( e7p1 discrepancia entre rol docente esperado y experimentado)

No sé si más apoyo, un poco más de contención, porque había casos que no no... que costaron un poquito, entonces que como un poquito más de contención. (e3p6 demanda de sostén)

Por otro lado, los estudiantes también reconocen que el docente tuvo un papel motivador en su aprendizaje. De esta forma, fueron variables las opiniones en cuanto a la actitud de los docentes.

Desde mi punto de vista la profesora para mi influyó pila, que esté más con nosotros, no sé si es que esté más con nosotros, sino que nos preste más atención (e7p8 factor motivador, demanda acompañamiento)

había una muy buena disposición, porque nosotros íbamos y le preguntábamos... (e1p6 actitud docente positiva)

No, fortalezas sí que la profesora, la docente guía siempre estuvo todo el tiempo cuando teníamos dudas y todos eso sí, no puedo decir nada porque las dudas siempre te las sacaban en seguida pero...(e3p2 respuesta a demandas al docente)

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)

pero sí fue un curso muy dinámico, 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" y bárbaro (e5p5 acuerdos de trabajo)

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. Esta necesidad está claramente identificada por los estudiantes.

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

la autogestión en este caso, en mi caso particular, leía todo bárbaro, pero no entendía del todo bien porque hay cosas que uno tiene que estar frente, escuchar al docente que lo explique o desde la pràctica, o ver los criterios, eso no es positivo. (e4p3 modelo de desempeño, enseñanza en aula)

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.

En los relatos de los estudiantes se pueden reconocer las expectativas sobre el modelo docente esperado y cómo lo contrastaron con su experiencia. 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.

En la siguiente cita, el docente realiza una coordinación con el médico para adecuar el plan de tratamiento y el estudiante conoce el accionar del profesor. Sin embargo, no queda claro cómo se trabajó con el estudiante esta experiencia desde el punto de vista educativo. Pero de alguna forma la conducta seguida por el profesor, o sea cómo actua desde el rol de nutricionista frente a una discrepancia con el equipo médico, constituye un hecho educativo.

porque me pasó un caso concreto...de una paciente que lo hablé con...(nombre del docente), fue pidió el cambio de la prescripción dietética de lo que tenía indicado porque no era adecuado para la patología que tenía, lo anotaron y dijeron que sí (e4p7 acción directa del docente en la asistencia-falta de reconocimiento profesional)

La posición docente de observador distante 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 en cuanto a las exigencias del curso. Este aspecto parece ser una debilidad.

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 más próximo al cotidiano de la práctica.

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. Pasaré a desarrollar 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.

Según los estudiantes parecería, como dije, que los docentes han establecido distancia con las tareas de la práctica. Aunque como expresan es variable la disposición de los docentes a responder a asuntos de orden cognitivo y afectivo que emergen de la práctica.

Claro, yo soy muy nerviosa, muy nerviosa, por ese tema y también por el lado de ver situaciones que ta, pacientes terminales o lo que sea, capaz que un poquito de apoyo psicológico hubiese ayudado también, eso sí. (e3p7 orientación en abordaje afectivo del rol) 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, 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. 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.

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

En cualquiera de los dos estilos, el docente requiere la idoneidad o expertez en el desempeño profesional; pero si bien es una condición necesaria, no es suficiente.

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)

Otra demanda hacia los docentes fue una mejor retroalimentación en el proceso enseñanzaaprendizaje. 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.

primero que nada, que es todo un stress entregar los protocolos, porque también se podría, por ejemplo irlos entregando que los corrijan, los devuelvan y que uno así aprende con la devolución. Pero en cambio eran cinco casos que los fuimos resolviendo y en realidad hay cosas que por más que la docente un día nos dijo nos va a servir para su vida profesional, los van a guardar y después van a saber, yo en realidad no sé si está bien, yo entregué uno nada más, el resto no sé cómo quedó, no tuve la devolución de que los miraran, los corrigieran y me dijeran "ah mira esto está bien, ésto no va" (e4p6 debilidad de feed-back)

De todos modos, si hubiera existido la devolución del material escrito, habría habido un desfasaje 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 límitada 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 expresiones de los estudiantes denotan claramente que lo reconocen como un camino para aprender.

Según Camillioni (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 autoevaluarse 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.

...también 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)

...que todas le caíamos... (e7p8 carga de trabajo docente)

...no es una crítica hacia la profesora, es un tema de infraestructura y la perseguíamos mucho...(e1p5 recursos limitados, actitud docente positiva, resolución autónoma del estudiante)

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.

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)

...capaz que nos faltaba, no sé si era porque nuestra profesora es reciente totalmente...(e7p1 inexperiencia docente)

Un docente experiente 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 de 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 haber sido tomados en cuenta por lo docentes. Desde la visión de los estudiantes, los docentes de práctica deberían 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.

# 5.3 Puntos en común entre los resultados del estudio cualitativo y cuantitativo

Algunos de los aspectos recogidos en el estudio cuantitativo son desarrollados por los estudiantes en sus discursos. Expongo aquí los puntos de encuentro entre los resultados del estudio cualitativo y cuantitativo que potencian el análisis de la práctica hospitalaria como espacio de formación.

# 5.3.1 El proceso de atención nutricional como experiencia en la formación de competencias: desde una práctica virtual a una práctica real en terreno

Cabe plantearse de acuerdo al análisis cualitativo y cuantitativo, los puntos distintivos por los que la práctica hospitalaria parece hacer transitar el proceso de atención nutricional en el campo hospitalario, desde la ejercitación con un carácter virtual hacia una práctica real en terreno. Aunque es lógico pensar que la práctica real debería permitir el desarrollo de las competencias demandadas por el proceso de atención nutricional en clínica, sin embargo, presenta debilidades, ya que las actividades que ejecutó el estudiante no cubrieron todas esas competencias.

Por su parte, la búsqueda de información en fuentes orales y escritas del hospital, que lógicamente está mediada por la interacción directa con pacientes, acompañantes y equipo profesional, es un ejemplo de intervención real en el objeto de estudio —considerado como todo lo que puede ser motivo de conocimiento—. Dentro de este punto, un aspecto que cobra fuerza por la correspondencia existente entre los resultados de la encuesta y el análisis de las entrevistas fue la centralidad que tuvo en la experiencia la comunicación con el paciente, particularmente con el objetivo de buscar información. Para ello, el estudiante debió hacer la valoración antropométrica, entrevistar al paciente y realizar la anamnesis.

Sin embargo, otros motivos de comunicación revelan limitaciones en la intervención real. En la encuesta aparece que hubo escasa comunicación con el Licenciado en Nutrición y, como consecuencia, también tuvo baja prevalencia la consulta a la documentación de uso específico por el profesional (kardex). En el estudio cualitativo, se vio falta de intervención en la ejecución del plan de tratamiento, por ejemplo, cuando lo estudiantes declaran no haber podido brindar ninguna orientación a los pacientes durante la hospitalización.

Si bien existió adecuación entre la aplicación de conocimientos, técnicas y métodos experimentados y las actividades requeridas para planificar el tratamiento, en el estudio cualitativo se revela que la planificación del tratamiento fue desarrollada en forma virtual, es decir, a modo de





ejercicio. Además, aunque se tomaron elementos contextuales recogidos de la práctica real, estos elementos solo se circunscriben al paciente, ya que se excluyeron factores del contexto hospitalario para la asistencia alimentaria. Esto se aprecia, por ejemplo, en las bajas menciones al conocimiento de la documentación para la asistencia alimentaria del hospital.

Aunque la planificación de la alimentación al alta toma en cuenta el contexto del paciente y su vida cotidiana, seguramente recogido en la entrevista, presenta la debilidad de no alcanzar la fase de ejecución. De esta forma, en ningún momento de la práctica hospitalaria el estudiante se ve interpelado por "otro" que no sea el docente, cuyas observaciones podrían ser de corte más bien teóricas. Por esta razón, la planificación tanto intrahospitalaria como ambulatoria termina siendo más un ejercicio que una práctica en terreno. Los estudiantes manifiestan claramente la diferenciación entre un nivel de ejecución real, muchas veces deseado y sentido como posible, y un nivel de ejecución virtual, en el que se debieron mover según el encuadre de la práctica.

Por último, como vimos, la no realización de ciertas actividades muestra debilidades en la formación de competencias, particularmente en las etapas de ejecución del tratamiento y del monitoreo. Por ejemplo, los estudiantes señalan en las entrevistas que no conocían cómo se realizaba la solicitud de menús para vehiculizar el plan de tratamiento. Asimismo, fue muy baja la proporción de estudiantes que realizó orientación o educación a los pacientes y, además, no se registró el proceso de atención en la historia clínica ni en el kardex.

¿Qué consecuencias podría traer para la formación de competencias que la experiencia real transite a la vitual? El conocimiento siempre se construye y se transforma al ser usado. Se aprende en contexto, reconceptualizando las actividades como productos culturales y sociales. Por lo tanto, la virtualidad permite una iniciación al desarrollo de la competencia, ya que se comienza a usar el conocimiento incorporando elementos del contexto que se han recogido en terreno, pero se limita el despliegue de emergentes que se activan en contextos reales.

### 5.3.2 La práctica hospitalaria como experiencia situada o en contexto

# (i) Experiencia marginal a la socialización laboral

En la práctica se desarrollan habilidades y actitudes técnicas vinculadas a la aplicación del conocimiento, pero a la vez se identifican los valores y hábitos de trabajo propios de quienes comparten la cultura de la profesión. La apropiación por parte de los estudiantes de las prácticas y herramientas culturales y la incorporación de hábitos y rituales que les permiten ingresar al campo de la experiencia que supone la vida profesional contribuyen al proceso de formación, al igual que, la apropiación de la trama simbólica y la comprensión de las condiciones sociales, institucionales y grupales. Para ello es importante la interacción con miembros más experimentados.





La baja interacción con los licenciados en Nutrición en relación con otros profesionales y con los pacientes se correlaciona con la distancia, que expresan los estudiantes en los discursos, respecto a la proyección de la práctica del licenciado en Nutrición, con las críticas a su desempeño, y también con las menciones que aluden a la comunicación con los futuros colegas en el estudio cuantitativo. La diversidad de modelos de desempeño del profesional contribuyen a moldear los estilos propios del estudiante, pero el aparente aislamiento en el que transita la práctica estudiantil del mundo cotidiano del licenciado en Nutrición en el hospital no contribuye a internalizar los problemas inherentes a la profesión en este ámbito. Como ejemplo, los estudiantes prácticamente no realizaron registros en la historia clínica, pero simultáneamente en la entrevista critican el trabajo del nutricionista por no registrar la prescripción en este documento.

El modelo ideal parece no estar incorporado en el desarrollo de la competencia. La crítica a los licenciados en Nutrición podría estar influyendo negativamente sobre la formación de un rol identificatorio con la profesión y dificultando la construcción del pensamiento práctico. La débil interacción con el profesional se relaciona directamente con la ausencia de experiencias —aunque más no sea por observación— de actividades inherentes al desempeño del licenciado en Nutrición o con la indefinición de otras, como relatan los estudiantes, así como con cuestiones vinculadas a las atribuciones y responsabilidades profesionales mencionadas en las entrevistas. Por el número de estudiantes que dice haberse comunicado con ellos, no estaría instrumentado en la práctica el vínculo con el profesional. Es así que los encuentros surgieron por iniciativa propia del estudiante, debido a la motivación y compromiso con el tratamiento del paciente y, probablemente, al estímulo de algunos docentes para que la interacción aconteciera.

En las entrevistas los estudiantes tuvieron una visión positiva del aprendizaje respecto a la información proporcionada por el nutricionista del hospital. Esto se corrobora cuantitativamente en que la documentación hospitalaria para gestionar la alimentación de los pacientes, así como la información nutricional del kardex eran conocidas por el estudiante. Por otro lado, el motivo de comunicación que determina que el estudiante tenga un rol más activo con el futuro colega coincide con el relato en las entrevistas, es decir, brindar información respecto al paciente asignado a los efectos de integrar dicha información a la atención nutricional hospitalaria.

La práctica parece proponer un vínculo también acotado con el resto de los profesionales del hospital. Al igual que con el licenciado en Nutrición, los motivos seleccionados están reservados a un rol predominantemente pasivo, por ejemplo, demandar información. Las entrevistas denotan que los estudiantes tienen un concepto idealizado del trabajo en equipo. En función de sus vivencias, se cuestionan y critican las atribuciones y responsabilidades, los niveles de autoridad, pero sin una experiencia que los haya integrado a esa trama, como consecuencia probablemente de los niveles de ejecución en las tareas de práctica y de la independencia en el trabajo con el





nutricionista.

Por lo tanto, el nivel de comprensión de las actividades y, en consecuencia, de las competencias en cuestión parece haber tenido limitaciones en términos de condiciones sociales, institucionales y grupales.

# (ii) Prescindencia de la gestión hospitalaria para la asistencia alimentaria

Al igual que la situación con los actores, los componentes de la gestión hospitalaria parecen no haberse incoporado a la práctica estudiantil y estar reservados a otras instancias de formación en la carrera. Esto se refleja en el estudio cuantitativo en la baja mención al conocimiento de la solicitud de la alimentación para dar cumplimiento al tratamiento y se verifica en las entrevistas como una duda sobre si es responsabilidad del profesional. También, se ve en el nivel de desconocimiento de la forma en la que se debe realizar la solicitud, en caso de que se quiera controlar la energía o nutrientes. El estudiante trabaja con situaciones con un enfoque individual y desconoce los lineamientos comunes en los tratamientos de diversas patologías, que de alguna forma disminuyen la heterogeneidad en la asistencia alimentaria.

Por otro lado, un aspecto marcado en las entrevistas es la preocupación futura por los recursos limitados, cuestión que parece no haber sido tomada en cuenta en el encuadre de los ejercicios sobre el plan de tratamiento del paciente.

### 5.3.3 De la acción a la comprensión de significados de la acción

Como se vio, existió alta prevalencia en la realización de las mediciones antropométricas y en la aplicación del modelo típico, previsto probablemente en el protocolo de anamnesis, lo que permite presumir una aplicación sistemática por parte de los estudiantes independientemente de la diversidad de situaciones clínicas. Asimismo, hubo ciertas debilidades en los ajustes al tratamiento en la etapa de monitoreo. Todo esto podría traer aparejado la rigidez en las actividades y el desempeño de una práctica rutinaria.

Sin embargo, la diversidad de indicadores antropométricos empleados y métodos de estimación de necesidades, así como el abordaje de patologías múltiples son indicios de que podría tratarse de una práctica que incorpora criterios flexibles, siempre que metodológicamente se reflexione sobre las acciones. En las entrevistas, además, los estudiantes mencionan la necesidad de adecuar lo ideal al contexto real, articulando el saber con la situación en contexto. Estas expresiones en los estudiantes parecen reflejar una metodología promotora de una práctica creativa.



# 6. Conclusiones y recomendaciones

### **6.1 Conclusiones**

# 6.1.1 Fortalezas de la práctica hospitalaria como espacio de formación

Los conocimientos aplicados y la diversidad de técnicas, métodos y procedimientos experimentados satisfacen y se adecuan a las necesidades de formación para la atención nutricional hospitalaria. Aunque, dada la inexperiencia previa y la independencia con respecto a la atención hospitalaria, las competencias se desarrollan en un nivel inferior al esperado. Se destaca positivamente en el plan de prácticas del curso Nutrición Clínica lo siguiente:

- Suficiencia en las fuentes orales consultadas. Permitió comenzar a desarrollar capacidades para la comunicación. La interacción con diversidad de actores es positiva, ya que requiere que el estudiante se ubique en encuadres diferentes en la comunicación.
- Adecuación en la aplicación de indicadores para la valoración de riesgo nutricional, en la variabilidad de los indicadores de valoración nutricional, en métodos de estimación de necesidades de energía y en los factores a considerar en el plan de tratamiento. Todos estos aspectos y conocimientos son básicos para desarrollar competencias de orden técnico, ya que requieren organizar la información, identificar problemas, causas principales y contribuyentes, contrastar la información con patrones y estándares, seleccionar criterios de tratamiento sustentados en bibliografía y decidir la intervención.

Además en el curso, parecen existir instancias educativas que estimularon al estudiante a una práctica reflexiva, pero vinculada exclusivamente con las necesidades integrales del paciente y no con el contexto hospitalario. Fue positivo que los estudiantes admitieran más de una respuesta posible para una situación. La propia práctica les demandó trabajar con ciertos niveles de incertidumbre, para los cuales la enseñanza superior debe formar. En la dimensión humanística, quedó demostrado que los estudiantes antepusieron los intereses de los pacientes a los propios, que estaban vinculados con actividades previstas en la práctica para estudiar situaciones clínicas. Seguramente, esto se relacione con la motivación relatada por los estudiantes, la formación humanista durante la carrera, así como la conducta de trabajo que prima en el equipo docente del curso Nutrición Clínica.

Un factor que contribuyó al aprendizaje significativo fueron las diversas estrategias de autoformación que promovieron los estudiantes en respuesta a las demandas de la práctica y a la debilidad manifiesta en el acompañamiento de profesionales y docentes. El nivel de socialización alcanzado, la conformación de subgrupos de estudio, la búsqueda de oportunidades para ampliar las experiencias en terreno y su análisis, así como el encuentro con estudiantes de nivel superior





operaron como dispositivos metodológicos de autoaprendizaje (competencia valiosa y requerida al profesional). Los propios estudiantes consideran que en este sentido la práctica fue muy enriquecedora.

El análisis de las entrevistas indica que existieron instancias educativas donde los docentes promovieron la comprensión de las actividades realizadas por los estudiantes. Aunque también el discurso estudiantil podría estar referido a conceptos teóricos vertidos por los estudiantes, pero que no llegaron a ser experimentados dada las limitaciones de la experiencia como práctica real.

# 6.1.2 Debilidades de la práctica hospitalaria como espacio de formación

Simultáneamente, el caso de la práctica hospitalaria estudiado parece presentar debilidades en la formación de algunas competencias de orden técnico, humanístico y procesal necesarias para un desempeño satisfactorio. Estas son:

- Integrarse al equipo profesional. Hubo un predominio de una práctica virtual con bajo nivel de intervención real. El rol predominantemente pasivo en la comunicación con los profesionales dan fundamento a esta conclusión.
- Analizar e interpretar información registrada en la documentación específica del Licenciado en Nutrición –kardex o fichero nutricional de pacientes–.
- Documentar el proceso tanto en la historia clínica como en el kardex. Requiere competencias para seleccionar, organizar y sintetizar información.
- Gestionar la alimentación del paciente. Realizar las actividades que permiten brindar la alimentación acorde a las necesidades nutricionales del paciente y adecuarse al contexto institucional.
- Orientar en el plan de tratamiento y cuidados al paciente y a la familia-acompañante. No fomentarlo restringe la formación de competencias para la comunicación con un rol activo y otras de orden técnico.
- Buscar información, evaluar la situación del paciente, analizar las técnicas, métodos y fuentes según las particularidades del caso. Esta debilidad se vio en el monitoreo del proceso de atención nutricional.
- Evaluar la asistencia alimentaria intrahospitalaria. El tratamiento planificado por el estudiante no fue ejecutado. Además, desconocía la atención nutricional hospitalaria, por lo tanto, no pudo confrontarla con los desvíos ni realizar un análisis crítico, importante para el estudio de problemas.
- Evaluar la adherencia al tratamiento. Al igual que en la evaluación de la asistencia, desconocía información que disponía el profesional para evaluar aciertos y fallas del proceso real. Sólo contaba con información que provenía de la percepción del paciente.
- Autoevaluarse. Hubo diversos factores ausentes o débiles que no habilitaron dispositivos





de enseñanza-aprendizaje requeridos para formar esta competencia, por ejemplo, el bajo nivel de intervención real, la debilidad en la etapa de monitoreo, la baja interacción docente-estudiante en el campo de práctica y las devoluciones tardías de los productos escritos.

Metodológicamente la práctica se ubica en un contexto real. Esto presenta la ventaja de que el estudiante se aproxime a actores, objetos y problemas propios del ámbito de desempeño. Pero, a la vez, su accionar vinculado al proceso de atención nutricional transcurre distante de esa realidad. Por esta razón, la experiencia práctica se convierte en un ejercicio. En estas circunstancias se limitan los riesgos que puede traer la intervención prematura de los estudiantes en función del dominio alcanzado fundamentalmente en las capacidades técnicas. Seguramente, el hecho de que la práctica transcurra en forma independiente al trabajo del licenciado en Nutrición del centro hospitalario, los insuficientes encuentros con los docentes, la independencia de estos respecto a las actividades asistenciales que el estudiante debe realizar en el hospital, así como la inexperiencia estudiantil son factores que impiden un mayor nivel de intervención real.

La débil interacción con actores de referencia en la formación profesional determina que el estudiante no pueda construir el pensamiento práctico con el licenciado en Nutrición y que el profesional no pueda orientarlo en aquellas actividades de mayor complejidad. Por otro lado, el docente no puede contribuir a promover una práctica reflexiva. Estas debilidades menoscaban el valor didáctico de la práctica hospitalaria.

Las exigencias demandadas en esta práctica en relación con el tipo y nivel de intervención parecen corresponder a un nivel previo de formación. Seguramente, la falta de pertinencia entre las exigencias y el nivel de formación se debe a varios factores, por un lado, debilidades en experiencias previas que promuevan el uso activo del conocimiento, ya sea simuladas o en terreno, y, por otro, no se contemplaron conocimientos de nutrición normal ni ciertos niveles de formación de algunas competencias. El estudiante entiende que hay un salto entre la enseñanza previa y esta, para la cual no está preparado.

El estudiante piensa que la práctica es de escasa duración. Para considerar esta posición se deben revisar varios aspectos. La formación en nutrición normal —o en el ciclo vital— parecería estar independizada de la nutrición clínica. Esto ofrece elementos para analizar cómo se capitaliza la formación en nutrición humana como una disciplina en la que el tránsito bidireccional saludenfermedad es dinámico. La separación trae el riesgo de no aludir a problemas de malnutrición o malas prácticas de alimentación, es decir, no abordar la enfermedad en la salud ni tampoco la normalidad al estudiar la patología. La patología irrumpe en el penúltimo año de formación como una "nueva ciencia", por lo que se encuentra a ese nivel en fase de iniciación del conocimiento.





Otro aspecto a tener en cuenta en el análisis de la duración de la práctica y del curso en su conjunto es la metodología de los cursos previos. Según relatan los estudiantes, esta experiencia es nueva para ellos porque no habían tenido suficientes experiencias en terreno que los acercaran en forma progresiva cognitiva y procedimentalmente a la realidad.

La teoría y la práctica fueron identificadas por los estudiantes como espacios independientes y complementarios. Según ellos, deben acceder primero a la teoría y luego a la práctica. Reclaman la necesidad de disponer de fundamentos teóricos antes de salir al campo, como forma de reducir tensiones, disminuir la inseguridad y, así, optimizar la experiencia. Este pensamiento seguramente esté influenciado por la concepción de enseñanza en la que fueron formados.

Para que la práctica en terreno se convierta en un espacio donde más allá de aplicar la teoría, esta se construya, se renueve y se cuestione es necesario fomentar una enseñanza predominantemente dialógica entre estudiantes, docentes y otros actores, que acompañe el influjo de cuestiones que emergen del propio campo de desempeño. Parecería ser que esto fue una debilidad metodológica que trasciende al curso.

La práctica como espacio de socialización profesional tuvo debilidades. La más determinante probablemente haya sido la ausencia de encuentros con los licenciados en Nutrición que respondieran a objetivos educativos. Esto complejizó la realidad y determinó que los estudiantes no conocieran cabalmente los recursos, actividades, formas prácticas de operar con los problemas ni comprendieran los factores involucrados en algunos asuntos propios del desempeño del profesional. Los estudiantes se ubicaron en idénticos contextos que los licenciados en Nutrición y generaron críticas al desempeño, dada la movilización provocada por la distancia entre el modelo académico y el institucional. La práctica estudiantil debe acompañarse de un descubrimiento guiado, que permita generar un pensamiento reflexivo sobre la complejidad del quehacer en los ámbitos de desempeño.

Las conclusiones que anteceden apoyan las hipótesis enunciadas en el Capítulo 1. Es así que de la investigación se desprende que:

- Las competencias adquiridas durante la carrera y las desarrolladas en la práctica hospitalaria del curso Nutrición Clínica son inferiores a lo esperado para el nivel de formación.
- ii. La práctica hospitalaria estudiantil tiene debilidades en el aprendizaje en algunas etapas del proceso de atención, particularmente en el control o monitoreo de los pacientes y en algunas actividades correspondientes al resto de las etapas.





- iii. La práctica se centra en la aplicación de conocimientos de nutrición clínica y en el desarrollo de algunas competencias necesarias para la atención nutricional. La interdisciplinariedad es débil porque las actividades que desempeña el estudiante en buena medida prescinden de educación alimentario-nutricional y aspectos de gestión en el proceso de atención hospitalario. Estas son transversales en el currículo y, por lo tanto, deberían incorporarse en las actividades inherentes al proceso de atención nutricional en el hospital.
- El proceso de atención nutricional desarrollado en la práctica estudiantil presenta baja ίV. interacción con el proceso de atención hospitalaria real del paciente en el hospital. Esto se explica porque la práctica estudiantil se implementa en gran medida como un ejercicio y, por lo tanto, es independiente de la atención hospitalaria.

### 6.2 Recomendaciones

Frente a estas conclusiones sugiero algunas recomendaciones:

# Para el nuevo plan de estudios<sup>30</sup>

- estudiar la pertinencia de integrar los cursos de bioquímica, nutrición básica, nutrición en el ciclo vital y nutrición clínica en un curso de nutrición humana. Esto implica superar la división básica-clínica salud/enfermedad. La integración contribuirá a potenciar los conocimientos que hoy están disgregados y que no se ven con la continuidad que implica comprender la nutrición humana como disciplina. Desde el punto de vista operativo permitirá optimizar el tiempo actualmente previsto en el currículum. Podrá facilitar la aplicación de estrategias metodológicas que favorezcan el aprendizaje significativo, ya que el método de casos, las experiencias simuladas y en terreno promueven y requieren el uso de los conocimientos en forma integral.
- acompañar lo anterior con una metodología acorde al propósito. Parece necesario prestar atención a algunos aspectos metodológicos que probablemente se reflejarán en el grado de adecuación alcanzado entre las competencias requeridas y los niveles de formación. Ya que se trata de un estudiante avanzado de la licenciatura, en este estudio algunas competencias mostraron debilidades. Creo importante:
  - contemplar una metodología que contribuya al uso activo del conocimiento y que en forma progresiva incorpore las competencias de dimensión técnica, humanística y procesal definidas en el perfil de egreso.
  - II. definir la progresión de las experiencias para la formación de competencias acordes al

<sup>30</sup> Actualmente el perfil del egresado, las competencias generales y específicas exigidas para cada ciclo se encuentran en fase de discusión.





Educación

ciclo alcanzado por el estudiante. Desde la observación y el análisis de los componentes puestos en juego de orden cognitivo, procedimental y afectivo, es importante seguir con la experimentación y reflexión sobre fallas y aciertos para lograr un desempeño con fallas leves y, por último, un desempeño autónomo con capacidad para la autoevaluación.

- III. valorar la transversalidad en la formación de competencias. La atención nutricional en el primer y segundo nivel<sup>31</sup> de atención guarda similitudes en la mayoría de las etapas del proceso. Por lo tanto, la práctica en un ámbito de desempeño de atención a la salud fortalecerá la formación para el otro.
- planificar el trabajo en terreno entre pares de diferentes niveles de la carrera. Estas IV. experiencias potencian el aprendizaje de las competencias técnicas y desarrollan competencias de orden ético, vincular y grupal de todos los actores.
- continuar con experiencias de aprendizaje grupales. Esto contribuye positivamente a la formación de competencias vinculadas a la dimensión humanística. Para la función ética es importante generar un espíritu solidario y cooperativo, como muestra este estudio, con la conformación de grupos espontáneos. Las prácticas en terreno demandan un sostén afectivo y el grupo lo otorga. El hecho de identificar en el trabajo grupal una estrategia para aumentar la eficacia puede también tener repercusiones en la modalidad de desempeño profesional.
- promover la evaluación formativa entre pares. La observación y el análisis del desempeño de un compañero son insumos interesantísimos para la enseñanza y el aprendizaje de las competencias de dimensión técnica. Así, los compañeros de nivel superior se convierten en modelos "en tránsito" hacia los estilos propios de desempeño. A la vez, se desarrolla el pensamiento crítico y el aprendizaje autodirigido que contribuye a la formación para la autoevaluación.

# Para la formación en nutrición clínica y el desarrollo de la práctica hospitalaria en el nivel avanzado:

descomprimir la diversidad de experiencias existentes, porque ni estudiantes ni docentes parecen poder abordarlas adecuadamente. Integrar experiencias, restableciendo los objetivos de aprendizaje pretendidos, habilitará a un mejor empleo del tiempo de formación y a lograr mayor profundidad en el desarrollo de las competencias y en la capacidad de respuesta docente. Probablemente habrá mayor interacción docente-estudiante y se

<sup>31</sup> El primer nivel de atención se define como la organización de los recursos de la salud, que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes de una población a través de actividades de promoción y prevención y procedimientos simples de recuperación y rehabilitación. Corrresponde a servicios de atención ambulatoria de consulta externa, urgencia y eventualmente observación de patologías de bajo severidad en consultorios, policlínicas y centros de salud. El segundo nivel de atención responde a necesidades de salud menos frecuentes, que requieren para su atención procedimientos más complejos. Se ubica en hospitales (tomado de: León, I. y Herrera, M., 2008).





generaran espacios para la evaluación formativa a medida que la experiencia acontece.

- fragmentar el proceso de atención nutricional de los pacientes asistidos, para que los estudiantes experimenten en campo todas las etapas del proceso de atención y la diversidad de actividades que se requieren en cada una. La diversidad puede apelar a la formación de distintas competencias o de la misma, pero puesta en juego en distintas acciones. De esta forma, propongo corregir el desfasaje entre los tiempos reales de la evolución clínica, la atención hospitalaria y los requeridos en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Así, por ejemplo, para trabajar el monitoreo, se podría partir de un diagnóstico clínico-nutricional y de un plan de tratamiento alimentario-nutricional real de un paciente hospitalizado y solamente experimentar los controles que se requerirían para mantener o corregir el plan de tratamiento. Estos, a su vez, serían insumos para la atención real del paciente, a través de coordinaciones que se podrían realizar con los profesionales de los centros de práctica.
- proponer un progreso paulatino, a medida que se va desarrollando el curso, entre la dificultad que presentan las competencias y el nivel de ejecución real. Por ejemplo, en las últimas semanas del curso podrían proponerse situaciones clínicas de baja o mediana complejidad para que los estudiantes realizaran la orientación al paciente al alta o, en forma coordinada con los profesionales del centro hospitalario, informaran al paciente sobre su estado nutricional y le transmitieran los principios nutricionales que orientaron su tratamiento en el centro hospitalario. Estas actividades no necesariamente deben pensarse en forma individual. Podrían implementarse en forma grupal con el objetivo de promover ideas, defender, argumentar, hacer circular el conocimiento y fortalecerse afectivamente. Primero, el estudiante se desempeñaría en presencia del grupo de trabajo y del docente y luego participaría con el resto del grupo en espacios de reflexión sobre la acción, que permitirían la evaluación formativa, la superación de fallas y la estimulación por los logros.
- fortalecer los espacios de enseñanza-aprendizaje con docentes que promuevan en los alumnos relaciones significativas entre los conocimientos previos y los nuevos. Probablemente, esto contribuirá a que las decisiones que van tomando los estudiantes en la práctica sean orientadas hacia los procedimientos más adecuados para la actividad. Asimismo, dependiendo del nivel alcanzado por los estudiantes en su desempeño, es conveniente que el docente adopte un estilo colaborativo en el trabajo de campo y que lo acompañe con espacios de formación sobre la acción.
- promover la interacción con los licenciados en Nutrición de los centros de práctica y que esta sea una estrategia para que el estudiante comience a tener un rol más activo. Múltiples podrían ser las actividades: acompañamiento en la jornada laboral, exposición sobre el desempeño profesional en la unidad de hospitalización, discusiones de casos clínicos, coordinación del abordaje real en diversos momentos del proceso de atención nutricional. Esto contribuirá a que el estudiante conozca la acción y el pensamiento



práctico y le permitirá disponer de mayores elementos para el análisis de la realidad desde un lugar más próximo al que ocupa el profesional. Al igual que con el trabajo en equipo entre estudiantes, la aproximación a la realidad profesional y la realización de actividades conjuntas promueven el desarrollo de competencias de dimensión humanística con función ética y grupal, como la generación de una actitud cooperativa en las relaciones con los futuros colegas. También en la función metodológica correspondiente a la dimensión procesal, ayudaría a desarrollar un pensamiento crítico que tome en consideración las condiciones reales de desempeño profesional. Sin lugar a dudas los encuentros instalados entre estudiantes y licenciados en Nutrición como parte del plan de práctica hacen a la socialización e inciden sobre la identidad profesional, la cooperación en el trabajo y la formación en el estilo de desempeño.

recuperar el contexto de la asistencia hospitalaria. Esto se dará naturalmente en la medida que haya mayor aproximación al trabajo del profesional y al del resto del equipo, así como que aumenten las intervenciones reales de los estudiantes. Sin embargo, aun en forma virtual, podría ser mejorada la práctica para desarrollar competencias técnicas, si los ejercicios prácticos incluyeran condiciones de la atención hospitalaria, como pueden ser las guías de consumo patrones, el plan de menú hospitalario, entre otros.





## 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) Tecnologias 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: Amarrortu.

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 pre-profesionales: ¿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.

Ibañez, 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 cols. (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: Papirus 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: Papirus Editora.

da Cunha, M.I. (1997) Aula universitaria: innovación e investigación. En D. Leite y M. Morosini (Orgs) *Universidade futurante*. Campinas: Papirus.

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° 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/.../TuningEuropayAL. 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 Antoquia.

Tuning America Latina. Proyecto Tuning (2004-2007) Reflexiones y perspectivas de la educacion 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 No. 3 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



## Anexos

#### ANEXO I

## **ACTIVIDADES PROFESIONALES EXCLUSIVAS O RESERVADAS AL TÍTULO**

## Aprobadas en XVI CONUMER, Viña del Mar, Chile, Octubre 2008

#### I. Alimentación Colectiva

- Unidades de Alimentación y Nutrición (UAN)
- Guarderías y Escuelas
- Restaurantes Comerciales
- Tercerización de servicios de alimentación
- Empresas de Comercio de Canasta Básica

### II. Nutrición Clínica

- Hospitales y Clínicas
- Consultorio ambulatorio público y privado
- Consulta privada
- Consulta ambulatoria domiciliaria
- Bancos de Leche Humana
- Lactarios
- "Spas"
- Nutrición poblacional o nutrición en salud pública
- Programas Institucionales
- Atención Primaria de Salud
- Vigilancia Alimentario-Nutricional

## III. Enseñanza

- Docencia, Extensión, Investigación y Supervisión de práctica en terreno
- Coordinación

## IV. Otras

- Industria de Alimentos
- Deporte

## **ACTIVIDADES EXCLUSIVAS:**

Del conjunto de actividades profesionales reservadas al título, las que deben desarrollarse en forma exclusiva por el Nutricionista o Licenciado/a en Nutrición son las siguientes:

## ÁREA PROFESIONAL "CLÍNICA"

- Planificación, organización, dirección, supervisión y evaluación de Serv. de A y N.
- Ejercer la dirección en todos los Servicios de Alimentación y Nutrición en instituciones de salud: públicas, privadas, de la seguridad social y de la sociedad civil; en el ámbito municipal, provincial y nacional.
- Evaluar y certificar el estado nutricional de personas y colectividades sanas y enfermas, a
  partir de la aplicación de diversos métodos e indicadores e interpretación de los resultados
  de otros métodos diagnósticos.
- Diseñar los protocolos para la prevención, diagnóstico y tratamiento nutricional de diversas patologías.
- Registrar en la historia clínica del paciente, la anamnesis alimentaria y/o historia nutricional, las intervenciones realizadas, progresiones y controles.
- Asistencia dietética hospitalaria, ambulatoria y a nivel de consultorios de nutrición y







dietética en el ámbito público y privado, prescribiendo, planificando, analizando, supervisando y evaluando dietas para población sana y enferma.

 Planificar, organizar, ejecutar y evaluar programas de prevención de enfermedades, donde el componente alimentario sea causa y/o tratamiento.

## Atribuciones Específicas por Local de Trabajo En Hospitales y Clínicas

Definir, planificar, organizar, supervisar y evaluar las actividades de asistencia nutricional a los clientes.

Evaluar el estado nutricional de los pacientes a partir del diagnóstico clínico, exámenes de laboratorio, anamnesis alimentaria y exámenes antropométricos.

Establecer la dieta del paciente, haciendo las adecuaciones necesarias.

Solicitar los exámenes complementarios para el seguimiento de la evolución nutricional del usuario cuando sea necesario.

Recurrir a otros profesionales y/o solicitar asistencia técnica especializada, cuando sea necesario.

Prescribir complementos nutricionales, cuando sea necesario.

Registrar, diariamente, en la historia del paciente, la prescripción dietoterápica, la evolución nutricional, las interconsultas y el alta en nutrición.

Orientar y educar alimentaria y nutricionalmente a los usuarios y familiares.

Desarrollar manuales de especificaciones de dietas.

Elaborar la previsión del consumo periódico de alimentos en ocasión del alta y derivar en caso que requiera atención ambulatoria.

Orientar y supervisar la preparación y confección, rotulado, almacenamiento, distribución y administración de dietas **especiales.** 

Integrar el equipo multidisciplinario, con participación plena en la atención prestada al usuario *a través de estudios de casos clínicos*.

Desarrollar investigaciones y estudios relacionados con su área de actuación.

Colaborar en la formación de profesionales *y del futuro profesional* en el área *específica*, orientando prácticas en terreno y participando en programas de entrenamiento.

Efectuar el control periódico de los trabajos ejecutados.

Planificar, implementar y coordinar la UAN de acuerdo con las atribuciones establecidas para el Area de Alimentación Colectiva (items 1.1 a 1.21).



### **ANEXO II**

## ESTÁNDARES PARA LA FORMACIÓN SUPERIOR UNIVERSITARIA DE LA CARRERA NUTRICIONISTA

## Aprobado en XVII CONUMER, Montevideo, abril 2009

### **INDICE**

- DEL CONTEXTO INSTITUCIONAL
- DE LA MISIÓN INSTITUCIONAL Y OBJETIVOS
- DE LA GESTIÓN
- DE LA ADMISIÓN
- DE LA FORMACIÓN
- V.1. De los Aspectos Programáticos
- V.2. De las Cargas Horarias Mínimas, Contenidos Esenciales y Criterios de Asignación de la Carga Horaria
- CARGA HORARIA MÍNIMA
- Contenidos Esenciales
- Criterios para la Formación Práctica
- DE LA INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN
- DE LOS GRADUADOS
- DE LOS DOCENTES
- DE LOS ÁMBITOS DE ENSEÑANZA
- DE LOS CENTROS DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN
- DE LOS SERVICIOS Y FACILIDADES PARA EL ESTUDIO
- DE LA INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS MATERIALES
- DEL PATRIMONIO Y RECURSOS FINANCIERO
- ANEXO 1. Perfil del Nutricionista / Lic. en Nutrición
- ANEXO 2. Contenidos esenciales de la Carrera

## I. DEL CONTEXTO INSTITUCIONAL

- **1.** Las instituciones en las que se desarrolla la Formación Superior Universitaria en Nutrición deben cumplir con lo establecido en la Ley de Educación Superior y deben ser congruentes y consistentes con la naturaleza de su propio estatuto.
- 2. La Formación Superior Universitaria en Nutrición debe desarrollarse en una Universidad o Institución Universitaria que tenga otros programas de formación de grado, cuyo ambiente académico promueva la generación y comunicación de conocimientos, así como la capacitación científica básica en Ciencias de la Alimentación y Nutrición, para asegurar la comprensión de los futuros adelantos científicos y tecnológicos, en un clima de libertad, justicia, solidaridad y de convivencia pluralista.





- 3. El marco institucional, base de la Formación Superior Universitaria en Nutrición, debe ser adecuado para la formación de profesionales, docentes e investigadores, capaces de actuar con solidez profesional, responsabilidad, espíritu crítico y reflexivo, mentalidad creadora, sentido ético y sensibilidad social, responder las demandas individuales y a los requerimientos nacionales y regionales, tal como lo estipula la Ley de Educación Superior.
- 4. La Universidad o Institución Universitaria en que se desarrolla la Licenciatura en Nutrición debe estar constituida preferentemente sin fines de lucro.
- 5. El funcionamiento específico de la carrera debe estar reglamentado y aprobado por las autoridades pertinentes.
- 6. La Carrera debe tener fundamentos éticos, pedagógicos y científicos que sustenten el Plan de Estudios y la programación de sus actividades.
- 7. Los Planes de Estudio y la programación de sus actividades debe ser consistente con el perfil académico-profesional enunciado en los objetivos.

## II. DE LA MISIÓN INSTITUCIONAL Y OBJETIVOS

- 8. La Formación Superior Universitaria en Nutrición debe definir explícitamente la misión, objetivos, filosofía y orientación pedagógica, las que deben ser coherentes con el perfil propuesto para sus graduados, dando cumplimiento a las disposiciones vigentes.
- 9. La misión institucional y los objetivos de la Formación Superior Universitaria en Nutrición deben orientar la planificación, el proceso de toma de decisiones, la ejecución de la gestión y las actividades de docencia, investigación y extensión.
- **10.** Los objetivos de la Formación Superior Universitaria en Nutrición deben ser consistentes con la misión institucional, y en su conjunto deben responder al perfil del egresado que se desea lograr.
- 11. La Formación Superior Universitaria en Nutrición debe incluir entre sus objetivos que los graduados tengan:
- las competencias mínimas para el desempeño profesional requerido por la legislación y normativas vigentes
- las actitudes necesarias para su formación permanente, independientemente de su futura orientación de posgrado
- 12. Los programas de la Formación Superior Universitaria en Nutrición deben ser coherentes con sus objetivos.

#### III. DE LA GESTIÓN

- 13. La gestión institucional de la Carrera debe estar al servicio de la docencia, investigación y extensión, y contribuir positivamente a su desarrollo.
- 14. Debe existir congruencia entre la planta académica, la matrícula, el personal administrativo, de acuerdo a los requerimientos del plan de estudio y sistemas vigentes de gestión de la información.
- 15. Las autoridades de la carrera deben promover un ambiente de convivencia tal que permita la articulación entre docentes y alumnos, entre los docentes de las diferentes áreas y entre gestión, docencia, investigación y extensión.
- 16. Las autoridades de la Carrera deben promover periódicamente los procesos de autoevaluación institucional de su Unidad Académica Específica (UAE), -entendiendo a esta como la denominación de la Carrera o Institución de Nutrición en cada país-, impulsando el mejoramiento de la Educación Superior.
- 17. Las actividades planificadas deben ser divulgadas adecuada y oportunamente a los docentes, alumnos, no docentes, investigadores, extensionistas y graduados en general.
- 18. Se debe disponer de un sistema de registro y procesamiento de la información académicoadministrativa, oportuno, confiable y eficiente para un adecuado funcionamiento de la carrera.

#### IV. DE LA ADMISIÓN

- 19. Los interesados en ingresar a la carrera deben ser informados de los requisitos y desarrollo del proceso de admisión y características de la carrera.
- 20. La relación entre el número de alumnos, recursos humanos, físicos y Centros de Práctica necesarios para la educación debe ser suficiente para permitir que cada estudiante pueda acceder a la experiencia establecida en el diseño curricular.
- 21. Debe garantizarse que en los procesos de admisión no exista ningún tipo de discriminación en







función de raza, religión, sexo u orientación sexual, edad o situación económico-social o influencias personales, políticas o económicas.

22. Debe existir un registro del ingreso y del desempeño estudiantil.

## V. DE LA FORMACIÓN

## V. 1. DE LOS ASPECTOS PROGRAMÁTICOS

- **23.** La Formación Superior Universitaria en Nutrición debe poner énfasis en las problemáticas alimentario nutricionales sectoriales, regionales y nacionales, para lo que se deberá tener en cuenta los aspectos bioéticos, psicológicos, sociales, culturales, económicos y políticos, además de los científicos-técnicos que lo capaciten en forma integral.
- **24.** En la formación de los alumnos se debe promover el aprendizaje de los métodos de investigación científica y su aplicación como herramienta necesaria para el análisis y la resolución de problemas, el desarrollo del pensamiento crítico y el aprendizaje activo.
- **25.** Los contenidos esenciales para la Formación Superior Universitaria en Nutricion deben estar relacionados con todo el proceso de saludenfermedad de la población, la familia y la comunidad, integrados a la realidad epidemiológica y profesional, proporcionando la integralidad de las acciones del cuidado en nutrición.
- **26.** El Plan de estudios deberá contener asignaturas, módulos, seminarios, u otras denominaciones que respondan a las siguientes áreas de formación: ciencias biológicas y de la salud, alimentos, ciencias sociales y humanas, ciencias económicas y de la administración, salud pública, nutrición humana, transversalizadas por el área multidisciplinaria.
- **27.** Los contenidos de las distintas asignaturas, módulos o cursos de la carrera deben ser seleccionados cuidadosamente por los docentes, asegurando su validez científica, congruente con el perfil del graduado, con los objetivos del Plan de Estudios, y aspectos ético y legales. Estos deben promover la construcción de conocimientos en niveles crecientes de complejidad, asegurando su integración horizontal y vertical.
- **28.** Se debe garantizar en el estudiante, el desarrollo de las habilidades, destrezas y actitudes requeridas para el ejercicio de la profesión en las diferentes funciones y actividades enunciadas en los Alcances del Título o Perfil del Nutricionista y Lic. en Nutrición y sus competencias. (ANEXO I)
- **29.** Todas las actividades educativas deben ser diseñadas en coherencia con los objetivos de la carrera y tener objetivos claramente definidos y metodologías para su implementación y evaluación.
- **30.** La formación teórico-práctica debe privilegiar el contacto temprano con diferentes ámbitos relacionados con el futuro ejercicio profesional.
- **31.** La evaluación del alumno debe ser integral y congruente con los objetivos y metodologías de enseñanza-aprendizaje previamente definidos.
- **32.** Los docentes deben ser responsables de las decisiones respecto a la promoción de alumnos, en el marco de las normativas vigentes.
- **33.** El resultado de la evaluación de los estudiantes debe integrarse en un legajo o registro, quedando disponible su utilización para docentes y autoridades que posean justificación educativa.

## V.2. DE LAS CARGAS HORARIAS MÍNIMAS,

## CONTENIDOS ESENCIALES -o imprescindibles- Y CRITERIOS DE ASIGNACIÓN DE LA CARGA HORARIA

### **PRÁCTICA**

**V.2.1.** De la Carga Horaria Mínima.

- **34.** Debe garantizarse una carga horaria mínima de 4000 horas, correspondiendo para la práctica final obligatoria -entendida como la práctica final de grado, coincidente con el último año o período de la Carrera u otra denominación equivalente, una carga horaria mínima equivalente al 20 %.
- V. 2.2. De los Contenidos Esenciales.
- **35.** El Plan de Estudios de la Carrera debe establecer los contenidos esenciales, los que estarán acompañados com la especificación de los âmbitos de aprendizaje, metodologia de enseñanza y el tipo de práctica correspondiente.
- 36. Las materias, módulos, asignaturas u otras denominaciones deben explicitar los objetivos del







aprendizaje, debiendo contemplarse en su formulación la evaluación que verifique el logro de dichos objetivos por parte de los educandos.

- V. 2. 3. De los Criterios para la formación práctica
- 37. La Formación Superior Universitaria en Nutrición debe concluir con la práctica obligatoria final programada, supervisada y evaluada, en distintos ámbitos, la que debe realizarse una vez que los alumnos hayan aprobado todas las asignaturas y/o módulos en los que el estudiante
- adquiere conocimientos, actitudes y destrezas consignadas en los contenidos esenciales.
- 38. En la Práctica Final Obligatoria el porcentaje de horas asignadas a las actividades de formación práctica debe ser de un 80% como mínimo.
- 39. Las actividades de formación práctica deben ser planificadas, realizadas y evaluadas en forma congruente con los objetivos generales del curriculum y el perfil del profesional que se desea formar.
- **40.** Las actividades prácticas deben promover la integración de las diferentes áreas de formación.
- 41. Para la conclusión de la Formación Superior Universitaria en Nutrición el alumno deberá elaborar un trabajo final de grado bajo criterios metodológicos y supervisión docente.

## VI. DE LA INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN

- 42. La UAE debe fomentar el desarrollo de investigaciones y su articulación con la docencia.
- 43. La UAE debe desarrollar anualmente proyectos de investigación acreditados por organismos reconocidos de Ciencia y Tecnología.
- 44. A lo largo del proceso de formación de los estudiantes, deben preveerse oportunidades para que éstos participen en investigaciones y llevar a cabo un Trabajo Final de Investigación previo a su graduación.
- 45. La UAE debe promover la vinculación interinstitucional para el abordaje y/o resolución de los problemas alimentario-nutricionales, nacionales y/o regionales.
- 46. La UAE debe desarrollar actividades de extensión universitaria debidamente programadas, en el marco de convenios orientados a la promoción de la salud y el bienestar de grupos específicos o de la población en general, con integración de alumnos y docentes en estas actividades.

## **VII. DE LOS GRADUADOS**

- 47. Debe existir un registro del egreso.
- **48.** La UAE debe desarrollar actividades de formación permanente.
- 49. La UAE debe desarrollar programas de formación académica de posgrado, institucionales o interinstitucionales.

## **VIII. DE LOS DOCENTES**

- 50. La UAE debe contar con un plantel docente en número y composición adecuado y con dedicación suficiente que garantice las actividades de docencia, investigación y extensión programada.
- 51. El Cuerpo Académico debe acreditar formación y antecedentes adecuados a las funciones que desempeña
- **52.** Los docentes deben participar en proyectos de investigación, extensión y gestión universitaria.
- 53. Los docentes deben tener responsabilidad en el diseño, implementación y evaluación del curriculum. Debe haber sin embargo, una responsabilidad institucional integrada para el diseño y administración de un curriculum coherente y coordinado.
- 54. Deben existir políticas claras, no discriminatorias y publicadas de los sistemas de nombramientos, promoción y sanción de los docentes.
- 55. La UAE debe proveer oportunidades para que los docentes mejoren sus destrezas y conocimientos, no solo en sus disciplinas específicas, sino también en las metodologías de educación, evaluación y gestión educativa institucional.
- 56. Se debe proveer incentivos especiales para promover la investigación en Nutrición y tomar en cuenta la capacitación docente en los sistemas de promoción.
- 57. Los docentes deben ser evaluados periódicamente, de acuerdo a los mecanismos vigentes, y ser informados de sus progresos y debilidades. La opinión de los alumnos debe ser incluida en las evaluaciones del desempeño docente.
- 58. La UAE que requiera de la colaboración de profesionales de otras instituciones no







universitarias para funciones docentes, debe integrarlos a las actividades curriculares mediante un reconocimiento formal.

**59.** En los servicios de salud o de otra naturaleza, en los que se desarrollen programas de grado, los pasantes, becarios y/o residentes pueden realizar actividades docentes, participando en la planificación, implementación y evaluación de los mismos.

## IX. DE LOS ÁMBITOS DE ENSEÑANZA

- **60.** El acceso y uso de todos los ámbitos de aprendizaje debe estar garantizado por la propiedad o por convenios que aseguren su disponibilidad y expliciten los horarios adecuados para la formación. La vigencia del Convenio debe ser por un lapso suficiente para garantizar la culminación de la Carrera.
- **61.** Deben existir convenios escritos y debidamente autorizados que definan las responsabilidades de las diversas instituciones involucradas. Las autoridades de las Carreras deben tener conocimiento y responsabilidad sobre la formación que reciben sus estudiantes en los distintos ámbitos de aprendizajes.
- **62.** La institución universitaria debe tener normas para acreditar los servicios de salud y otros ámbitos de práctica en función de los requisitos de formación.
- **63.** Cuando la educación se imparta en lugares independientes de la sede central de la Facultad, Escuela o Instituto Universitario, las autoridades competentes de la carrera deben garantizar la calidad de la formación y experiencias educativas equivalentes para todos los estudiantes.

## X. DE LOS CENTROS DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

- **64.** La UAE debe contar con un Centro de Información y Documentación Central y una página web institucional.
- **65.** Los Centros de Información y Documentación Central deben contar con bibliografía actualizada bajo los formatos de libros, revistas científicas nacionales y extranjeras, redes de información y comunicación que permitan el acceso a publicaciones electrónicas nacionales y extranjeras y base de datos en línea, desde el sistema informático institucional y particular de los potenciales usuarios.
- **66.** El Centro de Información y Documentación Central debe contar con un sistema de enlaces informatizado a fin de permitir permanente actualización y difusión, con acceso desde la página web institucional, por parte de los usuarios.

#### XI. DE LOS SERVICIOS Y FACILIDADES PARA EL ESTUDIO

**67.** Deben existir mecanismos que contribuyan al desarrollo integral del estudiante durante el curso de su carrera universitaria, a saber: obra social y/o seguros, becas de ayuda económica y/o pasantías rentadas, actividades deportivas, recreativas y culturales, comedor o buffet universitario, voluntariado, entre otras.

## XII. DE LA INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS MATERIALES

- **68.** La UAE debe asegurar ámbitos de enseñanza que garanticen un ambiente favorable al trabajo intelectual y práctico de docentes y estudiantes. La infraestructura edilicia debe incluir oficinas y espacios para el normal desarrollo de las actividades de gestión, docencia, extensión e investigación.
- **69.** Los recursos edilicios y materiales de las UAE s deben ser los necesarios para llevar a cabo la formación teórico-práctica de sus alumnos, debiendo contar con un laboratorio de alimentos.
- **70.** La UAE debe prever el desarrollo progresivo de los recursos educacionales en consonancia con las exigencias del Plan de Estudios y de la evolución del conocimiento científico.

#### XIII. DEL PATRIMONIO Y RECURSOS FINANCIEROS

- **71.** La UAE debe demostrar que posee los recursos patrimoniales y financieros necesarios para garantizar el cumplimiento de los objetivos, hasta la finalización de la carrera de los estudiantes admitidos.
- **72.** La UAE debe contar con un presupuesto financiero con indicación de origen y destino de recursos, que aseguren el normal desarrollo de las actividades de gestión, docencia, investigación y extensión.





- **73.** Debe existir una enumeración actualizada de la composición del patrimonio de la institución universitaria. Solamente se puede computar comointegrando el patrimonio los bienes de propiedad de la institución en la que funcione la carrera a acreditar.
- **74.** La Formación Superior Universitaria en Nutrición puede estar financiada desde diferentes fuentes. El origen de estos recursos no deberá comprometer la misión institucional, objetivos, ni la calidad de los programas educativos.

#### **ANEXO 1**

## PERFIL PROFESIONAL del Nutricionista y Lic. en Nutrición

"El Nutricionista es el profesional de nivel universitario con capacidades, conocimientos, habilidades, con sólidos principios éticos, bases científicas y actitud que le permitan actuar con responsabilidad social en todas las áreas del conocimiento, en el que la alimentación y la nutrición sean necesarios para la promoción y recuperación de la salud, para la prevención de enfermedades de los individuos y grupos poblacionales, contribuyendo a la mejoría y mantenimiento de la calidad de vida."

## **COMPETENCIAS Y HABILIDADES**

- 1. Contribuir a promover, mantener y recuperar el estado nutricional de los individuos y grupos poblacionales.
- 2. Aplicar conocimientos sobre la composición, propiedades y transformaciones de los alimentos y su aprovechamiento por el organismo en la atención nutricional del paciente.
- 3. Diseñar, desarrollar y evaluar políticas y programas de educación, seguridad y vigilancia alimentario-nutricional y sanitaria, considerando la influencia socio-cultural y económica que determina la disponibilidad, consumo y utilización biológica de los alimentos por los individuos y poblaciones, contribuyendo en la

promoción de la salud a nivel local, regional y nacional.

- 4. Evaluar el estado nutricional, planificar, prescribir, analizar, supervisar y evaluar planes de alimentación y alimentos dietéticos para individuos sanos y enfermos;
- a) entendemos que el término evaluación incluye el diagnóstico,
- b) se entiende por alimento dietético: "alimentos industrializados envasados preparados especialmente que se diferencian de los alimentos ya definidos por el Código alimentario argentino por su composición y/o por sus modificaciones físicas, químicas, biológicas y de otra índole resultante de su proceso de fabricación o de adición, sustracción y sustitución de determinadas sustancias componentes.

Están destinados a satisfacer necesidades particulares de nutrición y alimentación de determinados grupos poblacionales.

- 5.Desarrollar actividades de auditoría, asesoría y consultoría en el área de alimentación y nutrición
- 6. Actuar en marketing en alimentación y nutrición.
- 7. Realizar la gestión de calidad de alimentos y servicios en el área de su competencia.
- 8.Desarrollar y evaluar nuevas fórmulas o productos alimentarios destinados a la alimentación humana.
- 9. Realizar investigación en el área de alimentación y nutrición.
- 10.Desarrollar y aplicar métodos y técnicas de enseñanza en su área de actuación (capacitación en servicio).
- 11.Desarrollar la enseñanza de la nutrición en los diferentes niveles del sistema formacional de educación.
- 12.Realizar educación alimentario-nutricional a nivel poblacional y a grupos específicos.

#### **ANEXO 2**

CONTENIDOS ESENCIALES DE LA CARRERA CONTENIDOS ESENCIALES BLOQUE BÁSICO

- Biología
- Anatomía
- Fisiología
- Fisiopatología





- Química General
- Bioquímica
- Bromatología
- Microbiología
- Parasitología
- Sociología
- Psicología
- Educación y didáctica

## **BLOQUE METODOLÓGICO**

- Metodología de la investigación
- Bio-estadística

### **BLOQUE PROFESIONAL**

- Ética
- Farmacología
- Economía
- Epidemiología
- Políticas de salud y alimentarias
- Saneamiento ambiental y alimentario
- Nutrición Humana o básica en los distintos ciclos biológicos
- Nutrición en Salud Pública o poblacional
- Evaluación del estado nutricional
- Administración General
- Administración de Servicios o Gestión de Servicios de Aliment.
- Dietoterapia
- Educación alimentario-nutricional
- Tecnología de los alimentos
- Técnica dietética

### PRÁCTICA PROFESIONAL

- Práctica profesional en las áreas: clínica, alimentación colectiva y salud pública
- -Trabajo final





### **ANEXO III**

## **ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

## PLAN DE ESTUDIOS DE LA LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

Aprobación año 1998

Perfil y Funciones del Licenciado en Nutrición

"El egresado de la carrera de Licenciatura en Nutrición tiene capacidades, conocimientos, habilidades y actitudes que le permiten ejercer la profesión en todos los niveles y tomar las decisiones en cualquiera de las áreas de la Nutrición en que actúa."

"El Licenciado en Nutrición es un profesional capaz de evaluar el estado nutricional de la población a nivel colectivo e individual, administrar programas de alimentación, nutrición y educación, realizar investigación en estas áreas, e integrarse a equipos multiprofesionales para incidir significativamente en la situación alimentario-nutricional mediante acciones de prevención, promoción y atención"

Finalidad y objetivos del Plan

"Dos grandes aspectos son motivo de preocupación: dar respuesta institucional a la situación alimentario-nutricional que afecta al país y por otro lado, formar un profesional capaz de instalarse en esa realidad para transformarla. Con esta orientación los objetivos del Plan de Estudios tienden a formar un Licenciado en Nutrición":

- i. Profesional generalista, con percepción crítica de la realidad, con conciencia de la situación social, económica, cultural y política
- ii. Capaz de desarrollar habilidades y destrezas para identificar situaciones y problemas nutricionales y definir estrategias de intervención
- iii. Capaz de comprender el condicionalmente de la cultura, la realidad socioeconómica y los recursos disponibles al emprender actividades orientadas a mejorar hábitos y prácticas alimentarias
- iv. Que desarrolle capacidad gerencial, con conocimientos, aptitudes y actitudes que lo motiven a desempeñarse en cargos administrativos y de manejo de personal
- v. Que actúe con solvencia técnica y compromiso ético, capaz de relacionarse humanamente con los destinatarios de su trabajo, compañeros de equipo y otros
- vi. Que actúe con convicción que la participación multiprofesional e interdisciplinaria enriquece el estudio y comprensión de los problemas de cualquier naturaleza para contribuir a la atención integral del individuo, familia y comunidad
- vii. Capaz de generar la aptitud y actitud para realizar investigaciones en Nutrición, Alimentos, Educación y Administración de Programas y Servicios como alternativa a la solución de problemas y formulación de planes y programas
- viii. Que desarrolle la capacidad de aprender de manera independiente y continua para garantizar una práctica pertinente en un mundo caracterizado por la velocidad de los cambios científicos y tecnológicos

El conocimiento fue ordenado en 3 ejes fundamentales: los alimentos, el hombre, la nutrición (interacción alimento-hombre)

Estos ejes están presentes en toda la extensión de la carrera, con diferente concentración e intensidad y organizados en 4 niveles: Básico, Intermedio, Avanzado y Profesional.





## **ANEXO IV**

## ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA-UdelaR PLAN DE ESTUDIOS DE LA LICENCIATURA EN NUTRICIÓN-1998

# **Nivel Básico**

			(2 semestres)		
Seminario:"Historia de la Alimentación"			El quehacer Profesional del Nutricionista 10 horas		
30 horas					
Producción de Alimentos 40 horas			Individuo y Sociedad 40 horas		
Seminario:"Metodología Científica" 40 horas			El Proceso de Aprendizaje 60 horas		
Química					
60 horas			Estructura Celular y Tisular		
			40 horas		
Evaluaciones					
90 horas	18		Aparatos y Sistemas I 60 horas		
Química de los Alimentos	Bromatología 30 horas	Microbiología 50 horas	Aparatos y Sistemas II 120 horas		
Evaluaciones					
		Reces	0		



## ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA-UdelaR PLAN DE ESTUDIOS DE LA LICENCIATURA EN NUTRICIÓN-1998

## **Nivel Intermedio**

				(3 semestres)			
Principios de la Preparación de los Alimentos 72 horas	Preparación Experimental de Alimentos 72 horas	Microbiología II 30 horas	Tecnología de los Alimentos 60 horas	Seminario: "Enfoque Sistémico de la Alimentación y la Nutrición" 36 horas			
	Evaluaciones						
Nutrición			Básica	Bioestadística 80 horas			
Taller " Plan de Alimentación" 64 horas		126 h	oras	Nutrición Poblacional I 90 horas			
	Evaluaciones						
	Receso						
Evaluaciones							
Nutrición en el Ciclo Vital 200 horas			Psicología y Educación 70 horas				
			Seminario: "Familia y Cotidianeidad" 6 horas				
Taller: "Evaluación del Estado Nutricional y Malnutrición"			Administración General				
74 horas			50 horas				
Evaluaciones							







# ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA-UdelaR PLAN DE ESTUDIOS DE LA LICENCIATURA EN NUTRICIÓN-1998

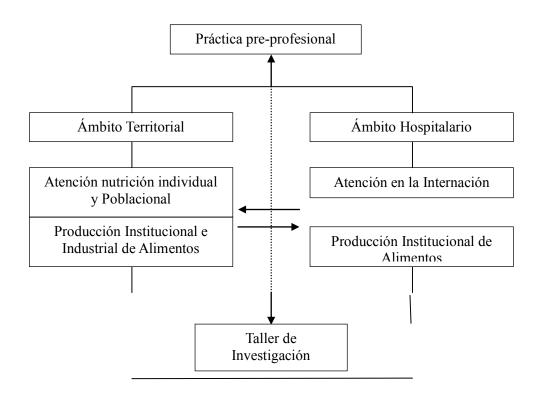
## **Nivel Avanzado**

(3 semestres) Nutrición en Enfermedades Médicas y Quirúrgicas 420 horas Taller de Ética 30 horas Evaluaciones Receso Evaluaciones Nutrición Infantil 130 horas Administración en Salud Pública y en Servicios de Alimentación Colectiva. 270 horas Taller: Gestión en la Producción Colectiva de Alimentos 80 horas Evaluaciones Alimentos Modificados 60 horas Nutrición poblacional II Epidemiología Aplicada 190 horas 80 horas Educación Alimentario Taller "Diseño de Proyectos para la Inserción Nutricional 30 horas Laboral" 76 horas Evaluaciones



## **ANEXO V**

## **ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA-UdelaR** PLAN DE ESTUDIOS DE LA LICENCIATURA EN NUTRICIÓN-1998 **Nivel Profesional**



Ejecución de la investigación



### **ANEXO VI**

## **ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA-UdelaR** PLAN DE ESTUDIOS DE LA LICENCIATURA EN NUTRICIÓN-1998

## PRÁCTICA PRE-PROFESIONAL

## Alcance de la modalidad básica de desempeño en el campo de la atención nutricional hospitalaria

En el proceso de atención en la internación, las actividades deberán tener un significado integral, destacándose: la adaptación del paciente a su situación de enfermedad: la entrevista como una instancia educativa; la consideración de hábitos y adecuación a la terapéutica; y los alimentos servidos al paciente como un instrumento motivador y educativo. Se enfatiza la postura profesional en relación a la identidad y defensa de ideas, fundamentación y argumentación, comportamiento ético, actitud con usuarios, personal equipo de salud y con otros actores intervinientes en el proceso. Se estimulará a desarrollar estudios que contribuyan a mejorar la atención.

- -describir las características de la población asistida en la Unidad, a través de la actividad desarrollada, así como de resúmenes de información que pudiera realizar sobre la población asistida en relación a grupo etario, motivos de ingresos, patologías asociadas, promedio días de internación, promedio de dietas estándares y menús especiales
- -valorar la situación clínica al ingreso, considerando la historia clínica, toda la información en ella consignada o a través de otras formas de comunicación que contribuyan a encuadrar inicialmente la situación de ingreso y una valoración inicial sobre las necesidades nutricionales y características de la alimentación delineando el tipo de intervención profesional
- -valorar el estado nutricional, estableciendo criterios de oportunidad para el tipo de indicador empleado según la valoración de la situación clínica al ingreso
- -planificar la alimentación de los pacientes. Implica que deberá conocer la planificación de menús del Servicio y los patrones nutricionales de los menús, así como la forma en que resuelve el Nutricionista situaciones que no son respondidas a través del plan. El menú servido deberá contribuir con la educación de los usuarios, de forma que estos puedan ver reflejado en el servicio de comidas, las recomendaciones brindadas. En la planificación deberá definir la indicación nutricional según las necesidades nutricionales y prescripción médica. Se realizará cálculo de la guía de consumo del paciente jerarquizando el tipo de problema, considerando disponibilidad de alimentos y patrones de menú. Se realizará control de ingesta con criterio de pertinencia realizando el cálculo correspondiente. Se planificará el menú siguiendo los patrones establecidos por el Servicio y en los registros dispuestos para tal fin
- -formulación de pedidos de dietas y alimentos. Se realizará de acuerdo al sistema estipulado por el Servicio, considerando los patrones de patrones de menú y planificación de dietas no contempladas por los patrones. Se emplearán los registros para esta etapa.
- -evaluar la adherencia al tratamiento y la evolución del paciente. Considerando diferentes métodos e indicadores (documentos, registros, ficha dietética, historia clínica, comunicaciones con equipo de salud, entrevista a paciente y familiares), estableciendo criterios de oportunidad en relación a la importancia que el tratamiento tenga en la situación clínica. Esta evaluación deberá ser informada al equipo de salud a efectos de que pueda ser un insumo para decidir la conducta terapéutica nutricional y del equipo de salud
- -evaluar la satisfacción de los pacientes, considerando diferentes métodos e indicadores a efectos de emplearlos como insumos para la planificación de la alimentación y gestión del Servicio -educar a pacientes y familias. Considerando las entrevistas con pacientes y familiares como instancias educativas. Se considera la realización de actividades grupales planificadas según la dinámica de la Unidad o proyectos del Servicio
- -evaluar la adecuación cualitativa y cuantitativa entre la formulación de pedido de dietas con las distribución y/o servicio a pacientes. Se considerará para la evaluación el control de las cantidades de dietas pedidas y la adecuación de las porciones según los sobrantes y faltantes; considerará en la evaluación la disponibilidad y cumplimiento de los estándares de las porciones





para el servicio como factor incidente en el rendimiento. Se atenderá los factores que estén incidiendo en las características sensoriales que se relacionen con la aceptabilidad del menú servido. Se realizarán las coordinaciones necesarias para los ajustes que se requieran en el servicio de comidas

- -administrar recurso humano. Deberá conocer el número de cargos, niveles de dependencia, formas de comunicación, descripción y especificación, formas de ingreso y ascenso, régimen de trabajo, sistema de evaluación a efectos de contextualizar la administración de los RRHH. En relación a impartir directivas al personal de la Unidad se considera que esto es deseable que se realice en forma progresiva, consultando y comunicando al Nutricionista de la Unidad en cualquier caso. La asignación de tareas debe sustentarse en la descripción de actividades para los cargos. No se considerará como actividad del practicante la redistribución de personal a cargo, aunque es altamente conveniente que participe del análisis que realiza el profesional de la Unidad para la administración del recurso humano
- -educar en servicio. El rol profesional deberá considerar la educación en servicio a funcionarios dependientes de la Unidad de hospitalización. La misma podrá ser no programada o programada siempre que sea una línea de trabajo fijada por el Servicio
- -controlar la higiene de RRHH, planta física y equipo según normativa. Se deberá conocer y considerar la normativa del Servicio promoviendo la aplicación de buenas prácticas de higiene en el RRHH, planta física y equipo. Se establece como actividades prioritarias el control higiénico de los alimentos (tiempos/temperaturas) durante la conservación y servicio de alimentos, las prácticas de higiene del equipo y planta física; la disposición y manejo de residuos. En relación a los RRHH se considera la necesidad de establecer y/o cumplir buenas prácticas de higiene personal, favoreciendo el adiestramiento y educación en Servicio
- administrar documentos. Deberá consignar la información requerida en tiempo y forma segúlodispuesto por el Servicio. Se valorará el registro en historia clínica con información oportunapara el caso sobre la intervención profesional, indicación nutricional, cálculo de ingesta, adherencia y evolución del paciente, coordinación terapeútica. Este registro se llevará con conocimiento del profesional respecto a la información consignada y evaluando la adecuada progresión. Registro de ficha dietética consignando toda la información oportuna para el caso: datos personales, antecedentes, motivo de ingreso, diagnóstico, valoración estado nutricional, necesidades y guía de consumo, valoración de ingesta, intolerancias, rechazos y preferencias. Registro de almacenamiento de preparaciones, evaluando el suministro en los horarios planificados y la baja en caso de ser necesario según vencimiento de vida útil prevista. Se incluyen las planillas de planificación de dietas y totalización de dietas de las Unidades de hospitalización, así como los controles en los registros de stock de equipo. Se valorará que el registro se realice, se analice y sea empleado como insumo en el proceso de atención nutricional



### **ANEXO VII**

### **ENCUESTA INDIVIDUAL**

Estimado estudiante:

¿Para qué es esta encuesta? Para una investigación que se propone conocer las características de la práctica hospitalaria como espacio de formación del Licenciado en Nutrición. La misma se realiza en el marco de una tesis de maestría en enseñanza de la UdelaR.

¿Cuál es tu papel? Contestar las preguntas u opciones respondiendo de la forma que mejor represente la práctica que tú has realizado en el hospital

Es anónima

Puedes realizarme todas las preguntas que no comprendas bien o consultar todo el material que has trabajado en la práctica hospitalaria.

Te agradezco desde ya tu tiempo y la dedicación con la que responderás a este trabajo.

Desde ahora trata de pensar en todos los pacientes y situaciones vividas en estas semanas en el hospital

## 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 SOLAMENTE 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 NC

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 pantorilla

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 (náuses, 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 estudiante? (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 estudiante? (marca la opción que mejor represente tu práctica hospitalaria).

SÍ NC

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

d-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 FISICO-QUIMICAS de la alimentación? (marca la opción que mejor represente tu práctica hospitalaria)

SÍ NC

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 sescreción 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)

SI 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

b- la información de una evolución supuesta (teórica ) durante la hospitalización o cuando el/los paciente/s se le/s diera el alta

c-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 REQUIRIERAN ATENCIÓN NUTRICIONAL? (marca la opción que mejor represente tu práctica hospitalaria).

SÍ NO

## RESPECTO A LAS FORMAS DE COMUNICACIÓN EN TU PRACTICA 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 NC

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 nutricional 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

e-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-coodinar 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 hospitalarial? (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)

## MUCHAS GRACIAS RECUERDA QUE ES ANÓNIMO





#### **ANEXO VIII**

## 1. La práctica hospitalaria

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

#### 1.1.1 La relación interpersonal

me gustó la práctica, me gustó el contacto con las personas. (e6p2 gusto por el vínculo con el paciente)

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)

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 que era lo que, como era, o sea era lo que yo quería el contacto con las personas, entonces como que lo veía así, con motivación. !(e6p1 motivación y gusto por el vínculo directo con el paciente)

Bueno, yo la nutrición me gusta por el tema del contacto con las personas. Yo hice medicina, un par de años y lo dejé por un tiempo porque ta me di cuenta por un lado que no era lo que yo quería, y lo encontré en nutrición, que era la atención, o sea era algo por un lado igual que medicina, pero no capaz no por la responsabilidad, pero no con aquella carga de tiempo que muchos años medicina y eso. Entonces a mi lo que me gusta es eso, el contacto con las personas y es lo que espero encontrar, por eso me gustaría seguir la parte clínica, (e6p13 gusto por relación con pacientes y área salud)

## 1.1.2 La relación con el enfermo y la enfermedad

## 1.1.2.1 El impacto afectivo

ver los pacientes que casi todos estaban bastante mal, algunos más que otros (e7p1 shock por contacto con enfermos).

Aparte algún que otro paciente lo vi muy mal, y me impresionaron también, me shockeó al no estar acostumbrada a ver, me shockeó, había un niño de quince años, que no podía, un adolescente de quince años que no podía ni hablar, ni comer, ni nada, porque lo choco un ómnibus y estaba horrible y tipo y era el único paciente nuevo que había, tuvimos que ir igual, hacerle la... fuimos entre varias, porque como era uno solo el que había, entre todas lo hablamos y fuimos y yo que se, pero me impresionó verlo así, que ni siquiera abrir los ojos podía y ta, la hicimos con la madre a la entrevista (e7p6 schock con el enfermo y la enfermedad)

una parte mala ver la situaciones de gente que bueno ta que existen y hay que acostumbrarse a que están. (e3p4 impacto afectivo)

pasó de una obesidad a una desnutrición, pero impactaba, y que ta personalmente me choco pila, yo que se que de repende, yo no estaba tan habituado a un hospital,(e1p3 desconocimiento del ámbito, schock afectivo)

como que el primer día, la verdad vine, este emocionalmente me compungió, me afectó mucho, ¿no? sinceramente me afectó bastante, me decía ¿qué hacer?,(e1p3 impacto afectivo con el enfermo y la enfermedad)

#### 1.1.2.2 Empatía con el enfermo

Por ejemplo había... 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)

como se dice mal y pronto me hice, y ta te vas acostumbrando, que a veces también decís bueno ta, te haces pero tenés que mantener esa sensibilidad, porque a veces también, tampoco tenés que alejarte tanto. (e1p4 formación, habituación manteniendo empatía)





## 1.1.3 Sensibilización con el campo de hospitalario

#### 1.1.3.1 La huella inicial

Es buena si, y si había que pasar así de golpe, sirve todo sirve (e3p3 cambio brusco)

Y conocer casos nuevos, cosas que jamás me hubiera imaginado y todo, y situaciones...(e3p4 inexperiencia, desconocimiento)

en el sentido de que ta, ver pacientes, hacer algo diferente a lo que nunca habíamos hecho ... (e7 p1 experiencia nueva)

me impresionaba, llegar no se, ver... Para empezar, la parte cuando llegaba el tisanero, con la comida y todos que iban todos en fila, ...(e7p5 shock frente a las escenas)

Porque es otro mundo, entrar a la parte clínica. (e4p2 ámbito nuevo)

me chocó pila, yo que se, que de repende, yo no estaba tan habituado a un hospital...(e1p3 desconocimiento del ámbito, schock afectivo)

## 1.1.3.2 Orientación para el futuro desempeño en el campo hospitalario

me sirvió si, si me sirvió, me sirvió para darme cuenta que no es la parte que quiero seguir de la carrera, eso fundamental, me sirvió para decir que yo no quiero pasar el resto después que me reciba (e7p7 orientación al campo de desempeño profesional)

Si, no se, que me sentí cómoda, que me gustaría seguir en clínica, me gusta el hospital (e2p13 orientación al campo de desempeño).

## 1.1.3.3 Proyección social del desempeño

Antes de empezar la práctica en la clínica como que veía que simplemente planteábamos una dieta y como que en realidad no teníamos mucha relación con lo que era un hospital, como que estábamos solamente para eso y realmente no me veía haciendo guía de consumo, plan de alimentación, o sea era lo que sentía, no me veía haciendo solamente eso, ahora cuando entré al hospital y vi toda la relación que hay, que tenemos en cuanto a múltiples patologías que no las tenia presentes realmente, ... veo que somos importantes (e5p26 alcance de nutrición clínica en el desempeño)

Me gustó ver que se puede con la nutrición, se puede hacer algo que no es, ah estudias la carrera, tenés el titulo y listo, como que podés ayudar a las personas desde la base. (e2p3 sentido al aprendizaje, el servicio)

Me sirvió, porque es lo que me gusta hacer, o sea estoy en nutrición por eso, para aprender toda la parte de la alimentación, de mejorar la calidad de vida de las personas, tratar de mejorar, de acuerdo a cada uno la afecciones que tiene tratar de darle la mejor calidad de vida posible (e6p7 el servicio a la salud)

Ahí va... que es lo que me queda para este... decidirme más a lo que voy, pero creo que lo que más así de la carrera es eso, el poder, ayudar a las personas sino de poder estar ahí y decirle alguien con alguna afección "y bueno pero si usted realiza tales recomendaciones" bueno no encaminarlo un poco para mejorar el estilo, la calidad. (e6p14 gusto por actividad asistencial desde modelo asistencialista)

Si, claro, eso me pasó realmente y yo me lo cuestionaba y veo que no, o sea que casi todas las patologías están relacionadas y que le podemos salvar la vida a un paciente con una buena alimentación que un paciente se muere, porque es la palabra, se muere cuando le llega una prescripción mal o el tisanero le da otra cosa, por eso tenemos que controlar mucho... ( e5p27 papel asignado a la nutrición en el tratamiento de enfermedades)

### 1.2 La nutrición clínica en el desempeño profesional

#### 1.2.1 Actividades del campo de desempeño

## 1.2.1.1 Actividades ejecutadas y observadas

llevando la alimentación del paciente, del que va, dentro de todos los días va a verlo porque se iba, se le hace un seguimiento de cómo va evolucionando nutricionalmente según la patología que tenga (e7p15 proyección de actividades asistenciales)





En los pacientes bueno, viendo determinados pacientes, las patologías, que tiene que priorizar, y en sala el paciente tiene que priorizar, ...(e2p9 actividades asistenciales)

Bueno, por lo que he visto en el hospital y por lo que me imagino, tiene problemas de recursos, que también tenés que administrarlo, tenés que saber, no sólo digo, a ver como tenés varias opciones tenés que saber administrarte tu economía, también, digo, siempre buscando priorizar lo del paciente, pero también saber en qué entorno te estás metiendo, dónde estás trabajando. (e1p10 actividades de gestión y asistenciales)

#### 1.2.1.2 Modelo ideal

que la nutricionista de piso que priorice ... (e5p3 modelo académico)

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)

Bueno educar al paciente (e1p12 actividad asistencial)

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)

Y que bueno, da mucho trabajo porque, se ve que a veces uno se encuentra con prescripciones medias que vos ves que se quedan con eso y que a veces tendrían que tener más trabajo, de estar más presente el nutricionista. Entonces yo me imagino, estando mucho más presente, estando en el hospital y tratando de no se, de priorizar todos los casos por supuesto pero estar lo más presente posible en sala. (e1p10 modelo ideal)

Y hacerlos más individualizado con cada paciente, obviamente ver los que tienen más riesgos, eso si, pero hacerlo mas individualizado y obviamente una entrevista, porque ni eso creo que hacen ya, una entrevista con cada paciente y poder llevarle un control, sino no hay forma. (e3p13 crítica al desempeño, modelo ideal)

no se también capaz que se deja llevar por lo que le dicen pero, como que está muy ausente el Licenciado en Nutrición en el hospital mismo lo comprobamos nosotros que no estaba, entonces ya como que tenemos una imagen que no es muy buena, entonces estaría bueno hacer un cambio ahí y poder estar más con los pacientes porque los nutricionistas a veces no tenían idea de nada, dietas que no tenían nada que ver, entonces ta, estaría bueno interiorizarse más con cada paciente. ( e3p12 crítica al desempeño actual, cambio de modelo)

yo lo veía algo interesante que la nutricionista al momento de repartir, de dar el almuerzo ella estuviera viendo lo que el paciente come, no lo vi, o sea no se porque motivo fue (e6p17 actividad atribuída y ausente)

me parece un punto importante que la nutricionista tiene que estar allí para ver, o sea, no se porque motivo no estaba pero... por eso digo, capaz que es un tema de tiempo, de mucha gente, y eso capaz que baja un poco la calidad del servicio (e6p18 actividad atribuída y ausente)

Mas bien la parte de administración, pero también relacionado con eso hemodiálisis, ..., pero me gusta esa parte. No se bien como se desempeña la nutricionista en el tema del hemodiálisis, como es bien, pero... (e2p14 idealización de lo especializado y desconocido )

no transformarnos en alguien que pone la huellita o agarra la tarjeta... por lo menos poder dedicarnos a tener un contacto con la gente, no se ven las nutricionistas, se ven que van y vienen con los kardex. (e4p8 critica al desempeño, proyección modelo ideal)

## 1.2.1.3 Actividades indeterminadas o no experimentadas

porque no se como es el tema de estar por ejemplo en el servicio como es... si es la nutricionista la que determina el tema de producción, eso como no lo vimos no, pero me imagino no se... dirá las cantidades y controlan eso. (e2p9 dudas sobre responsabilidades profesionales)

No por eso te digo que en cuanto a la historia, que no aparece la prescripción dietética, de la nutricionista capaz que debería de aparecer (e5p3 duda de actividad profesional)





Me hubiera gustado, la parte esa que vos pusiste en la pregunta, capaz que lo hacemos mas adelante, el tema de cómo planificar como lo harías tú hacia el grupo. (e2p4 inexperiencia sobre ciertas actividades)

## 1.2.2 Problemas en el desempeño

#### 1.2.2.1 En la atención nutricional

Eso será también que te desmotiva a que no te guste la clínica, porque el tema de leer una historia y que no entiendas la letra, si pasa porque son los médicos (e7p1 dificultades en la comunicación)

la dificultad que vi en la historia, al momento de mirar la historia de los pacientes que la prescripción de la nutricionista no aparece ahí, entonces como que no tuve tanto trato con la nutricionista de piso, como que no la veía mucho y las prescripciones que tenia la historia, que eran médicas en realidad cuando las mirabas no coinciden con lo que le daban al paciente. (e5p2 discordancia entre la indicación médica y el tratamiento)

## 1.2.2.2 La carga de trabajo profesional

creo que veo complicado de estar en un servicio con mucha gente debe ser eso, el acercamiento del paciente, que capaz ella al no poder estar viendo, que es lo que comen, que es lo que dejan en el plato...(e6p16 dificultades de la atención colectiva)

me imagino que no debe ser fácil por el tema de la cantidad, eso del principio que era cuando las salas estaban llenas y ta obvio que no va a ser... no es fácil estar a cargo de tantos pacientes, todos de diferentes este... eh... de diferente puntos de vista digamos, (e6p15 carga de trabajo del profesional)

Claro, el nutricionista ahí maneja la dieta de las personas, y bueno me parece que un problema debe ser ese estar al pie de la evolución de cada paciente, (e6p16 dinámica de la asistencia)

Si porque ya la vi a la nutricionista en piso de cirugía, la veo que está dinámica... (e2p8 carga de trabajo)

## 1.2.2.3 La gestión

Poder lidear con todo el tema de los recursos, organizar, priorizar, también una tarea bastante dificil (e4p8 supuestos problemas del desempeño)

### 1.3 La legitimación del quehacer

## 1.3.1 Ejercicio de la autoridad

O sea que me dió la impresión que vos estás ahí para imponer algo porque tu paciente tiene algo y vos respetás todos los criterios, haces una dieta... y llegar y que venga una persona y que diga "¿Qué querés repetir de ésto? ¿querés un pedazo de churrasco? ¿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 pedia, entonces como que no se respetaba el tema de la dieta (e6p18 incumplimiento de indicación profesional)

había compañeras que estaban haciendo la parte profesional ahí, que una de ellas vi que la acompañaba para ir viendo y ahí sí como que respetaba más (e7p6 presencia profesional como habilitante de la autoridad)

porque vi y eso es algo que no me agradó mucho el tema de que por ejemplo venia alguien y decía al tisanero "ah dame... ¿Qué tenes hoy para comer?" "Mira, hoy tenés tal..." "¡ah no! dame tal otra" y el tisanero iba y le daba, o sea como que no respetaba. (e6p17 pérdida de autoridad)

#### 1.3.2 Atribuciones profesionales y responsabilidad

que 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 el 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 sino 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)

bueno ella me dijo que no, que le estaba dando otra, que en realidad ellos lo miraban pero después llevaban en su kardex otra cosa. Y bueno por lo menos ahí me quedé un poco más tranquila de que dentro de todo había cierta autonomía de las prescripciones dietéticas médica (e4p7 preocupación por la atención al paciente; autonomía profesional)

### 1.4 Los vínculos con otros actores

# 1.4.1 Necesidad de pertenencia grupal

pero las enfermeras que estaban ahí nos ayudaron pila, tipo nos explicaban que era más o menos o cosas así ( e7 p1 aceptación, orientación de miembros del equipo)

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)

Como que sentís, que por ejemplo las enfermeras, te reconocen, te dicen "¡ah si mira que bien!", como que te dan el lugar ese, por ser estudiante, y todo como que te aceptaban en el grupo. (e2p2 satisfacción por ser integrado, reconocido)

Me sentí cómoda, me sentí bien, pude trabajar con el paciente, sentí el apoyo del equipo tanto de enfermeros, como médicos (e5p1 aceptación de otros miembros)

# 1.4.2 El desempeño en equipo

Pienso, lo que pasa que depende de la relación que tengas con el equipo, si tu 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)

me da la impresión, no se lo valora al nutricionista como se debería valorar dentro de un hospital junto con un conjunto de médicos, ... un grupo de profesionales dentro del grupo de profesionales al nutricionista no se lo valora, desde el hecho que eso fue uno de los temas que hablamos uno de los días (e7p12 desvalorización del profesional en el equipo)

bueno imaginarme trabajando, me imagino trabajando y no se como expresarme pero... pienso que no se si está enfocado a ese punto de vista, pero hay áreas mas especificas que otras entonces por ejemplo en el área de renales ahí vamos a estar... bueno lo que pasa es que nosotros trabajamos como en equipo ¿no? me imagino trabajando en equipo, con médicos, enfermeros coordinando, siempre controlando la alimentación que le llega al paciente, que es muy importante y veo que en los hospitales no se hace mucho y bueno... como trabajando en equipo, siempre proponiendo ideas o desde mi punto de vista nutricional que se pueden hacer para mejorar la calidad del paciente o tratar la patología que tiene porque es más que nada un trabajo multidisciplinario lo que hace en un hospital un nutricionista, no es solo el nutricionista (e5p18 modelo ideal de trabajo en equipo en unidad especializada)

si por supuesto que se van a derivar los pacientes, algunos se derivan específicamente al nutricionista para que le planee, pero previo a eso hay todo un ateneo con especialistas que evalúan el caso, para estar todos coordinados, para que no diga yo hago tal cosa, viene el enfermero hace otra y viene el médico y hace otra y propone otra, entonces es para...(e5p18 modelo de trabajo en equipo)

cuesta mucho coordinar un equipo multidisciplinario; cuesta mucho que al licenciado en nutrición le den el lugar en el equipo multiprofesional, de haberlo visto en mi experiencia personal y de haberlo visto ahora (e4p7 problemas de posicionamiento del profesional en el equipo)

### 1.5 El hospital

# 1.5.1 Influencia del hospital en el aprendizaje





A mi lo que me parece, desde mi punto de vista me pareció, es que, será porque nos tocó en el hospital xx, en el momento que esta atravesando ..., que no teníamos pacientes, de que andábamos todos perdidos (e7 p1 coyuntura del centro de práctica desfavorable)

Bueno y aparte de que tuvimos ¿Cuánto tiempo? Como cinco semanas de corrido, si un mes y algo, en parte médica en donde los pacientes no cambiaban casi nada, hemos llegado a ir un día, ninguna teníamos pacientes y había una cama sola, entonces es la situación del hospital xx también, que no atendía, que no llegaba gente (e7p1 coyuntura del centro de práctica desfavorable)

era el hospital en el momento, la situación en que se encontraba, que no estaba bueno porque no teníamos tipo pacientes para ver, muchos pacientes, teníamos poquitos y siempre era la misma cosa, nada nuevo, quirúrgico yo vi dos pacientes nada más, cuando tenia la oportunidad de ver cuatro, pero se repetían, no había y no entraba gente y dos murieron en ese momento y entonces ta (e7p3 coyuntura desfavorable del centro de práctica)

me gustó al principio estuvo... asi teníamos pacientes y la dinámica estaba buena, pero después empezó todo el tema de la situación del hospital y eso como que empezó a desmotivar un poco.( e6p1 coyuntura desfavorable del centro de práctica)

Eso de llegar, no tener pacientes, de dividir muchos pacientes... no al revés dividir un paciente con muchas compañeras, y eso fue lo que me fue un poco desmotivando (e6p2 coyuntura desfavorable del centro de práctica)

estábamos en desventaja con la gente del hospital xx, que ya estaban viendo quirúrgico, y este ta, nosotros le dijimos a la profesora que no era un tema solo porque allá estaban dando un tema que capaz que no la encaran después en quirúrgica, estamos preocupados por la formación de nosotros que ellos ya estaban viendo quirúrgico y nosotros no, y también queríamos hacer lo mismo. (e6p11 heterogeneidad de experiencias de aprendizaje)

# 2. La teoría y la práctica

# 2.1 La enseñanza y el aprendizaje

#### 2.1.1 Concepción de enseñanza: la lógica tradicional

lo otro, lo que tengo con respecto a como se da el curso, que ahí no es positivo, la valoración que tengo, porque primero para mi tiene que dar el teórico antes que vayamos a la practica de clínica. (e4p3 secuencia teoría-práctica)

Las limitantes que vi en cuanto a los teóricos, nosotros del momento que empezamos a dar teórico, a la semana empezamos con las prácticas, yo creo que tendríamos que haber hecho toda la parte teórica primero y ver todas las patologías y algunas que ni siquiera vimos y después empezar con las practicas. (e5p4 secuencia teoría luego práctica)

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)

entonces íbamos a bibliografías si... muchas veces leíamos, ¿pero que pasaba?, llegábamos al teórico y nos encontrábamos con que nosotros nos adecuamos más a otras metas, o tomamos más en cuenta otras cosas, entonces como que ese desfasaje que había entre teórico y la práctica hospitalaria, eso no fue muy favorable, pero creo que todo es a parte porque uno tiene que hacer los ejercicios, uno tiene que hacer la parte teórica para saber el fundamento, pero como que hubo un poco de ese desfasaje. (e6p12 distintos criterios de resolución)

pero haber tenido todos los teóricos antes y después la práctica. Porque estaría más bueno, yo que se, llegas con otras ideas, porque de repente vos vas a hacer una entrevista con un paciente y no has visto el teórico, y hay cosas que vos no le preguntas, porque no sabias que tenias que preguntárselo (e1p9 omisiones por falta de teoría previa)

Que si que las tres cosas son muy importantes pero que no fue... capaz que hubiera estado mejor que dábamos teórico de diabetes y ya hacíamos ejercicios de diabetes, y ya estábamos con pacientes diabéticos, entonces viste...( e6p12 simultaneidad de experiencias)





# 2.1.2 Fundamentos del orden propuesto

El tema de los teóricos sirvió pero como que íbamos desfasados, entonces no siempre, veías una patología en el hospital y todavía no la habíamos visto, pero si los teóricos sirvieron un montón. (e3p8 dificultad por desorden teoría y práctica)

así como lo organizaron está bien si, pero ya te digo me hubiese gustado esa parte de cómo más fundamentos o con más conocimientos,(e2p6 teoría como fundamentación)

me hubiese gustado estar como más firme en el teórico para venir, y ahí si, si te faltaban datos o no entendías bien buscar mucho más información, pero como que me vi perdida, porque patologías o algo que no habíamos dado como que... (e2p5 desconocimiento, desorientación, orden t-p, valor teoría)

Si todo creo que forma parte pero lo que yo encontré fue en desfasaje, entre lo que era el teórico, entre lo que eran los prácticos y la practica hospitalaria, porque pasó mucho de por ejemplo yo ir a la práctica y encontrar pacientes con diabetes, otras enfermedades mismo quirúrgicas algunas pero por más que estaban en sala médica alguno, no se había sufrido una... una cirugía de colon intestino, capaz que estaba estable, lo pasaron a médica pero como que nos decían, ah porque yo no puedo comer tal cosa, y nosotros no entendíamos los temas bien todavía (e6p12 desconocimiento del abordaje)

por lo menos tener un pantallazo de la patología, de las principales, porque obviamente no se pueden ver todas, pero por lo menos tener un pantallazo, y más o menos orientarte o más o menos saber donde ir a buscar después, para eso sirve, sirve un montón. (e1p10 función de la teoría)

la formación del teórico porque además nos da más seguridad (e4p3 valor de la teoría)

como que mucho conocimiento y abordaje no tenia, porque nosotros planteamos... como que en la parte fisiológica, si en los libros y eso te podés manejar (e5p5 disciplina teórica)

# 2.1.3 Papel diferencial de la práctica

#### 2.1.3.1 Valor experiencial

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

Y bueno y ta, creo que la práctica es todo, creo que yo aprendí por más que haya sentido la situación, aprendí en este tiempo más cosas que si hubiera quedado en el salón de clases. (e6p8 valor de la experiencia para el aprendizaje)

Una cosa es ver los casos teóricos y otra cosa es ir y entrevistar al paciente ...(e4p2 valor de la práctica, motivación)

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)

# 2.1.3.2 Contextualizacón del conocimiento

Me gustó saber el lado de ellos, conocer el lado de ellos, este eso de que hay veces que uno sabe la realidad un poco del otro pero también que ellos lo digan, no es lo mismo que uno sepa a que venga la persona y te diga la situación mismo que esta 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)

Por ejemplo también si es salud pública a veces no hay recursos tampoco, entonces por ese lado también serían como otras dificultades, y en Salud Pública no hay muchos recursos (e5p25 limitantes del contexto hospitalario)

me parece que si, que esta interesante conocer ese lado de que alguno tiene que manejarse con lo que hay y ta, hay que agotar los medios. (e6p4 adecuarse a la realidad)





# 2.1.3.3 La interdisciplinariedad

A parte 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 tenes que incorporar nuevos, entonces eso...(e5p5 interdisciplinariedad en la disciplina)

# 2.1.3.4 Dimensión integral en la formación

Desde el punto de vista personal, como de crecimiento personal, me aportó mucho, me aportó mucho. (e4p1 formación personal)

Claro, no si digo, digo, me sirvió como estudiante y como persona, ta, este... en ambos sentidos. (e1p4 formación profesional y personal)

después yo, me lo explicaba como diciendo, porque ta, de repente, uno no anda tanto en este ámbito, capaz que estamos acostumbrados a andar en el terreno privado, donde te atendés, y te chocás con relidades que vos decis pah... a veces decis que en este país que gente que hoy en dia no sabe que comer, o, yo que se. Eso te sirve y te nutre, a la vez que te genera inquietudes, que es importante. (e1p3 formación personal)

# 2.1.3.5 Generaración pensamiento de orden superior

Para el tema que capaz me sirvió más es para el contacto con la gente, con el paciente, eso ni que hablar porque fue el primero, pero ta, costó pero de todas las entrevistas, tanta cosa que uno ya llega más o menos a ir aprendiendo como llevar la entrevista. (e3p5 dificultad habilidades comunicacionales; necesidad de practicar)

el trato con el paciente, aprender a manejarme con el paciente, y no tanto leer sobre un paciente (5p7 aprendendizaje en acción)

bueno el contacto con la gente, no te voy a decir que fue fácil, pero ta, me ayudó mucho a soltarme a mi también (e1p1 aprendizaje de habilidades de comunicación)

tuve muy buena facilidad con lo que es el interrogatorio de la entrevista, que yo pensaba que al momento de preguntar y hablar con el paciente como que me iba a dificultar sacar los datos, pero en forma organizada como que me pude manejar bien. (e5p2 autoevaluación, formación para la comunicación)

anemia no se dió en profundidad, si tenemos los conceptos, pero qué hacer frente a un paciente con anemia es una dificultad, para mi que no la vimos así tendría que indagar en materiales (e5p5 diferencia entre conocimiento y aplicación del conocimiento)

me sirvió, me sirvió en que aprendí a aterrizar los conocimientos como te decía antes, eh digo, en visualizar que de repente, en visualizar que no todo se resuelve tan prácticamente, que como un IMC de 21, todo tan cerrado que no, que tenés que abrir un poco más la cabeza..., Yo entiendo que ta en.... cuando estas estudiando, tenés que tener una metodología de estudio, tenes que tener la cabeza abierta, de que un problema puede tener varias soluciones y que todas pueden estar bien. Porque mismo yo a veces me planteaba por este lado, pero de repente que es un disparate lo que estoy dando, yo que se una capacidad de ingesta disminuida, pero yo le quiero dar todo esto y era un disparate, como iba a plantear esta meta, un estilo asi viste? Eso me sirvió pila porque me hizo aterrizar. (e1p6 práctica como teorías en contextodistinguir ideal de posible)

te faltan datos, ... mismo agarrás la historia, y a veces, te encontrás cualquier cosa, pero claro ahí te encontrás con la dificultad, y también buscás la forma de solucionarlo, o buscás la forma de justificar, de porqué tomaste esta decisión, (e1p2 incertidumbres y toma de decisiones con fundamentos)

uno esta ahí con él te sacas dudas, cosas que en los libros no están que los pacientes te ayudan a comprender más, no es que te den una clase, pero te ayudan a comprender más de decir "ah yo capaz que le doy una preparación así, y estoy, les propongo una preparación así digo, no pero hay que ver un poco más, la disponibilidad que tiene, no es ir siempre a lo ideal, sino adecuarse a la situación total del paciente socio – económico todo (e5p8 aprendizaje en contexto)

Pero cuando tenemos un paciente que tiene cuatro, cinco patologías ahí es cuando relacionás, bueno si considero la hipertensión pero... bueno es renal, ¿que hacemos acá? (e5p7 aprendizaje en situaciones complejas)





Ah si! Que te das cuenta totalmente que si, que es que al paciente lo tratás individualmente que claro viendo patologías por separado, las podés llegar a entender y aprender pero al tratar con él...(e5p9 aprendizaje desde lo complejo)

# 2.2 Práctica real y virtual

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 si 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)

# 2.3 La interrelación entre componentes de formación del curso Nutrición Clínica

# 2.3.1 Importancia para la formación

totalmente, eran todas vinculadas porque asocias una con la otra, la parte de cálculo, tipo te ayuda para la dieta también, pero para eso tenés que saber las metas, para saber las metas tenes que haber estudiado la dieto terapia y a eso tenés que saber que patología tiene... están todas asociadas si (e7p9 interrelación entre partes del curso)

No, totalmente vinculadas si, porque tu para atender a un paciente, se necesita, (perdón que no me expresé correctamente), pero se necesita tener una base de abordaje nutricional, de tamizaje, luego de resolver y pautar con las medidas de cálculo y por supuesto tener un conocimiento teórico de la patología que tiene (e5p13 interrelación teoría- práctica)

las vinculo, claro todo eso que yo aprendí, lo trate de aterrizar todo lo de las instancias de práctico, a parte de que a veces veíamos pacientes, digo después veíamos lo teórico y lo práctico, entonces uno trataba de estar en esa parte, sobre todo estar uno un poco más atento y tratar de ir interrelacionando y a veces te dabas cuenta que habías resuelto algo mal y tenias que volver a retocarlo (e1p9 correlación t-p; autoevaluación)

#### 2.3.2 La organización

la presentación de casos esta buena, yo noté que quedó descolgado, terminó la entrega de los protocolos, y empezamos con la presentación de casos y que hospital y que no coincidía...(e4p6 desorganización del curso)

que todo un calendario, un cronograma, no me resultó bien organizado y me parece que ese tiempo nosotros lo podíamos haber hecho... aprovechado mejor haciendo una pasantía por policlínica.(e4p6 sustitución por otra experiencia práctica)

#### 2.3.3 Otras experiencias

Y lo otro es poder pasar por policlínica, porque está buena la presentación de casos, incluso yo hoy presenté uno, pero en realidad depende, en vez de estar presentar casos, porque quedó como un bache, o sea terminamos... o sea quedó ahí un bache la presentación de casos, quedó... no está bien coordinado. (e4p5 optimización del tiempo- experiencia de otro campo de práctica)

### 2.4 El tiempo

#### 2.4.1 Duración del curso

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





lo que pasa que el tiempo que nosotros tenemos...es medio año para Clínica que es una materia que es muy extensa, tiene mucho contenido, creo que todos los compañeros estamos de acuerdo en eso y lo planteamos pero como que no se resuelve nada y bueno ta como que se dificulta demasiado (e5p5 duración del curso escaso, reclamo sin efecto)

Y lo otro es poder pasar por policlínica porque está buena la presentaciónde casos, incluso yo hoy presenté uno, pero en realidad depende, en vez de estar presentar casos, porque quedó como un bache, o sea terminamos...(e4p5 optmizacón del tiempo)

# 2.4.2 Los tiempos de aprendizaje

no da el tiempo para procesar el conocimiento , yo creo que me va a llevar meses para procesar el conocimiento....( e4p6 tiempo de aprendizaje)

yo creo que me va a llevar meses para procesar el conocimiento....( e4p6 tiempo de aprendizaje)

Y lo otro es poder pasar por policlínica, porque está buena la presentación de casos, incluso yo hoy presenté uno, pero en realidad depende, en vez de estar presentar casos, porque quedó como un bache, o sea terminamos... o sea quedó ahí un bache la presentación de casos, quedó... no está bien coordinado. (e4p5 optimización del tiempo- experiencia de otro campo de práctica)

Faltó más tiempo, creo, creo que el tiempo. Me parece que es una cosa que decíamos, Clínica es una materia que es una lástima que dure un semestre solo, como que capaz que tenia que durar un año entero y ahí complementarlo. (e6p11 insuficiente duración del curso)

# 3. El estudiante y el profesor en la práctica

# 3.1 Los estudiantes y el aprendizaje

### 3.1.1 Actitudes de los estudiantes

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

yo busqué casos, diversidad de casos, traté dentro de lo posible la diversidad de casos (e1p8 autogestión para aumentar calidad de la experiencia)

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, pero me hubiera gustado también de tener otra respuesta del otro lado (e4p3 autoformación)

#### 3.1.1.1 Estrategias de aprendizaje autorregulado

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

Porque por más que a lo último empecé a no tener contacto con los pacientes, pero igual conversábamos con mis compañeros ... íbamos a ver, por ejemplo 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 nosotras, eso me gustó mucho. (e6p8 autoformación- motivación)

se formó un grupito que eso ayuda también, me motiva, por un lado motiva, porque la situación como estaba ... no quedaba en la suya, no de egoísmo ...sino da para hacer nada, me voy, nosotras como que quedábamos ahí un poco. (e6p10 autoformación- solidaridad- compañerismo)

Como que pasa muy rápido y todavía nos enfrentamos a una situación de que no tenemos pacientes, y es como nos decían los profesores "aprovechen después hasta que vayan a profesional no lo tienen", entonces con más razón todavía ¿no?, y ta también todos siempre preocupados por el tema de la evaluación, obvio, de que venia 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)

# 3.2 El profesor y la enseñanza

# 3.2.1 El rol del profesor y algunas condicionantes del desempeño

#### 3.2.1.1 Rol experimentado y demandado

Desde mi punto de vista la profesora para mi influyó pila, que esté más con nosotros, no se si es que esté más con nosotros, sino que nos preste más atención (e7p8 factor motivador, demanda acompañamiento)

A mi personalmente me costó mucho... me costó mucho, ya te digo me gusta, el tema, me gusta el tema estar en el hospital y la parte clínica, pero capaz que me hubiese gustado más que lo enfocasen de otra manera y capaz que un poquito mas de guía, no dejarnos así tan solos, porque cuesta un montón, ... lo hacia de llegar a casa e informarme de todo el caso y todo, pero capaz un empujoncito más, una guía me hubiese gustado más (e3p1 demanda de guía, orientación, acompañamiento docente)

No, fortalezas si que la profesora, la docente guía siempre estuvo todo el tiempo cuando teníamos dudas y todos eso si no puedo decir nada porque las dudas siempre te las sacaban en seguida pero...(e3p2 respuesta a demandas al docente)

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)

pero si fue un curso muy dinámico, 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" y bárbaro (e5p5 acuerdos de trabajo)

Claro, yo soy muy nerviosa, muy nerviosa, por ese tema y también por el lado de ver situaciones que ta, pacientes terminales o lo que sea, capaz que un poquito de apoyo psicológico hubiese ayudado también, eso si. (e3p7 orientación en abordaje afectivo del rol)

entonces nos faltaba contención de parte de ella, no solamente que venga y nos diga, vayan a buscar al libro, eso lo tienen que saber del libro, tipo a mi entonces eso capaz que fue lo que no me ayudó a que me gustara tanto, ya aparte de que entrar al Hospital de xx (nombra el hospital)...(e7p1 falta de acompañamiento; rol directriz)

yo tenia otra idea de clínica, tenia la idea de ir que te iba a tocar un paciente, de que ibas a ir a hablar, de que yo que se... la profesora iba a estar más con vos o seguirte más no se (e7p1 discrepancia entre rol docente esperado y experimentado)

No se si más apoyo, un poco más de contención, porque había casos que no no... que costaron un poquito, entonces que como un poquito más de contención. (e3p6 demanda de sostén)

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

había una muy buena disposición, porque nosotros íbamos y le preguntábamos, digo...(e1p6 actitud docente positiva, resolución autónoma del estudiante)

No se si más apoyo, un poco más de contención, porque había casos que no no... que costaron un poquito, entonces que como un poquito más de contención. (e3p6 demanda de sostén)

yo tenia otra idea de clínica, tenia la idea de ir que te iba a tocar un paciente, de que ibas a ir a hablar, de que yo que se... la profesora iba a estar más con vos o seguirte más no se (e7p1 discrepancia entre rol docente esperado y experimentado)

# 3.2.1.2 Retroalimentación en el proceso de enseñanza-aprendizaje

primero que nada, que es todo un stress entregar los protocolos, porque también se podría, por ejemplo irlos entregando que los corrijan, los devuelvan y que uno así aprende, con la devolución. Pero en cambio eran cinco casos que los fuimos resolviendo, y en realidad hay cosas que por más que la docente un día nos dijo nos va a servir para su vida profesional, los van a guardar y después





van a saber yo en realidad no se si esta bien, yo entregué uno nada más, el resto no se como quedó, no tuve la devolución de que los miraran, los corrigieran y me dijeran "ah mira esto esta bien, esto no va" (e4p6 debilidad de feed-back)

#### 3.2.1.3 El docente como modelo de actuación del nutricionista

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

la autogestión en este caso, en mi caso particular, leía todo bárbaro, pero no entendía del todo bien porque hay cosas que uno tiene que estar frente, escuchar al docente que lo explique o desde la práctica, o ver los criterios, eso no es positivo. (e4p3 modelo de desempeño, enseñanza en aula)

yo creo que me va a llevar meses para procesar el conocimiento, y bueno yo creo que está bueno que el docente aporte lo que él tiene ( e4p6 reclamo de que el docente enseñe)

porque me pasó un caso concreto que ahí me di cuenta de un caso concreto de una paciente que lo hablé con ... (nombre del docente), fue pidió el cambio de la prescripción dietética de lo que tenía indicado porque no era adecuado para la patología que tenía, lo anotaron y dijeron que sí. Y después fui a ver y seguía la misma prescripción, o sea, el médico no le hizo caso siguió con la misma prescripción dietética (e4p7 acción directa del docente en la asistencia- falta de reconocimiento profesional).

# 3.2.1.4 La carga de trabajo del docente de práctica

que todas le caíamos (e7p8 carga de trabajo docente)

también 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)

...había una muy buena disposición, porque nosotros íbamos y le preguntábamos, digo, ...no es una critica hacia la profesora, es un tema de infraestructura y la perseguíamos mucho...(e1p5 recursos limitados, actitud docente positiva, resolución autónoma del estudiante)

los encuentros con los docentes guías son muy pocos (e4p3 insuficiente intercambio)

#### 3.2.1.5 La formación para la docencia

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

...no se si era porque nuestra profesora es reciente totalmente (e7p1 inexperiencia docente)



# **ANEXO IX**

# **TABLAS DE LOS RESULTADOS**

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

Tabla 1. Estudiantes según adecuación de las fuentes de información

Variabilidad fuentes información	No.	%
Suficiente	62	69
Insuficiente	28	31
total	90	100

Tabla 2. Estudiantes según adecuación de las fuentes de información orales y escritas

Variabilidad fuentes información	Suficiente escrita	Insuficiente escrita	total
Suficiente oral	59	24	83
Insuficiente oral	3	4	7
total	62	28	90

Tabla 3. Estudiantes según variabilidad de las fuentes escritas consultadas

Variabilidad de fuentes	No.	%
suficiente	62	69
insuficiente	28	31
total	90	100

Tabla 4. Estudiantes según variabilidad de las fuentes orales consultadas

Variabilidad de fuentes	No.	%
suficiente	83	92
insuficiente	7	8
total	90	100

Tabla 5. Porcentaje de estudiantes que se comunicaron con diferentes interlocutores por distintos motivos

	pacientes	acompañantes	equipo	lic. nutrición
comunicación	100	88	84	56
incomunicación	0	12	16	44
total	100	100	100	100







Tabla 6. Porcentaje de estudiantes por tipo de rol predominante en la comunicación según los diferentes interlocutores

Rol según interlocutor	pacientes	acompañantes	equipo	Lic. Nutrición
Rol activo	17	13	32	29
Rol pasivo	83	87	68	71
total	100	100	100	100

Tabla 7. Estudiantes según número de acciones con rol activo en la comunicación oral

acciones	No.	%
0	34	39
1 a 2	39	44
3 a 4	15	17
total	88	100

Tabla 8. Estudiantes según rol predominante en la comunicación con los pacientes

Rol en la comunicación con pacientes	No.	%
Predominio activo	15	17
Predominio pasivo	75	83
total	90	100

Tabla 9. Rol predominante en la comunicación con los familiares o acompañantes

Rol en la comunicación con fliares o acompañantes	No.	%
Predominio activo	10	13
Predominio pasivo	66	87
total	76	100

Tabla 10. rol predominante en la comunicación con los licenciados en nutrición

Rol en la comunicación con licenciados en nutrición	No.	%
Predominio activo	14	29
Predominio pasivo	34	71
total	48	100

Tabla 11. Rol predominante en la comunicación con equipo de salud





Rol en la comunicación con equipo de salud	No.	%
Predominio activo	24	32
Predominio pasivo	52	68
total	76	100

Tabla 12. Estudiantes según adecuación en el registro de documentos

escritura técnica	No.	%
suficiente	25	28
insuficiente	65	72
total	90	100

Tabla 13 Porcentaje de estudiantes según comunicación con Licenciados en Nutrición y equipo de salud

No 90

140. 00			
	Comunicación c/ equipo	Sin comunicación c/equipo	total
Comunicación con Lic.	48	11	59
Sin comunicación con Lic.total	34	7	41
total	82	18	100

Tabla 14. Adecuación en los indicadores de valoración de riesgo nutricional empleados

Nivel suficiencia	No.	%
suficiente	74	83
insuficiente	15	17
total	89	100

Tabla 15. Menciones de los estudiantes según medidas de riesgo nutricional empleados

No.90

Tipo de medición	No.	%
Pérdida de peso	89	100
Cambios en la ingesta o capacidad disminuída	57	64
Trastorno gastro- intestinales	45	51







Enfermedad	46	52
hipercatabólica		

Tabla 16. Adecuación en los indicadores antropométricos empleados (peso y talla o rodilla talon más cualquier otra medida)

Nivel suficiencia	No.	%
suficiente	85	94
insuficiente	5	6
total	90	100

# Tabla 17. Mediciones para la valoración global realizadas por los estudiantes

# No.90

Tipo de mediciones	No.	%
peso	90	100
talla	88	98
rodilla/talón	41	46
media brazada	12	13

Tabla No. 18 Estudiantes según tipo de medidas empleadas para la valoración de composición corporal

# No.90

Tipo de medición	No.	%
Perimetro cintura	77	86
Pliegue bicipital	3	3
Pliegue tricipital	12	13
Circunferencia braquial	11	12

Tabla No. 19 Adecuación en los indicadores dietéticos empleados

Nivel suficiencia	No.	%
suficiente	75	84
insuficiente	14	16
total	89	100

Solo 2 alumnos fueron insuficientes en ambos tipos de indicadores.

Tabla No.20 Menciones de métodos empleados como indicador dietético

Tipo de medición	No.	%
Modelo típico	89	100
Frecuencia cualitativa	64	72
Frecuencia	44	49







cuantificada		
Recordatorio 24 hs.	42	47

Tabla No. 21. Estudiantes según mención de métodos para estimación de necesidades energéticas

No. 90

métodos	No.	%
FAO/OMS	72	80
Harris Benedict	89	99
kcal/kg	82	91
% aumento o reducción de los recomendado	49	54
% reducción s/ingesta previa	35	39

Tabla No. 22. Adecuación en la intervención del plan de tratamiento

adecuación	No.	%
suficiente	72	80
insuficiente	18	20
total	90	100

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

Tabla No. 23 Discriminación de la medida antropométrica al tipo de valoración nutricional (valoración de composición corporal)

Adecuación distinción	en	la	No.	%
adecuado			31	34
inadecuado			59	66
total			90	100

Tabla No. 24 Estudiantes según concepción del diagnóstico nutricional realizado

Calidad diagnóstico	del	No.	%
específico integ	gral	3	3





especifico parcial	68	77
mixto	13	14
inespecíficos	2	2
Sin dato	4	4
total	90	100

# Presencia de algunos dispositivos metodológicos

Tabla No. 25 Adecuación en la multiplicidad de contextos de aplicación (planes diferentes para un mismo paciente en diferentes momentos de su atención)

	No.	%
adecuado	33	37
inadecuado	57	63
total	90	100

Tabla No. 26 tipo de contexto predominante en el cambio de objetivos nutricionales en el tratamiento del paciente

	No.	%
real	10	30
virtual	10	30
mixto	13	40
total	33	100

### 6 estudiantes s/datos

Tabla No. 27 Motivos mencionados para el cambio de objetivos en el tratamiento nutricional

# No.33

Motivos para cambio de objetivos	No.	%
monitoreo	15	45
prescripción médica	13	39
evolución supuesta	21	63

### Tabla No. 28 Actividades realizadas en el monitoreo

No.15

	No.	%
Control peso	8	53
Valoración de ingesta real	9	60
Datos de anamnesis	15	100
Información equipo salud	2	13







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

Tabla No. 29 Grado de interacción con componentes de la atención en el contexto hospitalario

		No.	%
en contexto		9	10
bajo hospitalrio	contexto	80	89
sin contexto		1	1
total		90	100

Tabla No. 30 Porcentaje de estudiantes según vínculo con diversas etapas del proceso del contexto hospitalario

# No.90

	Planificacion de la alimentación hospitalaria	Ejecución de la asistencia nutricional	Documentación del servicio de atención nutricional
En contexto	31	53	27
Sin contexto	69	47	73
total	100	100	100

Tabla No. 31 Actividades mencionadas en la etapa de ejecución de la asistencia nutricional considerando el contexto hospitalario

# No.90

	No.	%
Solicitud de planes	18	20
Solicitud para control de energía o ntes	9	10
Servicio al paciente	77	86
Observación residuos	48	53

Tabla No. 32 Porcentaje de estudiantes con y sin conocimiento de los documentos hospitalarios según comunicación con el Licenciado en Nutrición

	Con conocimiento documentos hosp	Sin conocimiento documentos hosp	total
--	---	---	-------





Com. Lic. sí	20	36	56
Com. Lic. no	3	41	44
total	23	77	100

Tabla No. 33 Porcentaje de estudiantes con y sin conocimiento de los documentos hospitalarios según comunicación con estudiantes de nivel superior

	Con conocimiento documentos hosp	Sin conocimiento documentos hosp	total
Con comunicación estud nivel superior	18	34	52
Sin comunicación estud nivel superior	6	42	48
total	24	76	100



