

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**“LA TRANSMISIÓN DEL CONOCIMIENTO ENFERMERO  
EN EL BINOMIO ESTUDIANTE ENFERMERA DESDE LA  
ÓPTICA PROGRESIVA DE PATRICIA BENNER”**

**TESIS GRUPAL QUE PARA OBTENER EL TÍTULO  
DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTAN**

**ARACELI APARICIO MIRANDA.**

**NÚMERO DE CUENTA 9854406-4**

**JESÚS ANTONIO VILLARREAL AVALOS.**

**NÚMERO DE CUENTA 9333198-2**

**DIRECTORA DE PROYECTO  
LIC. TERESA SÁNCHEZ ESTRADA.**

**México D. F. Octubre de 2008.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“Dedico esta Tesis a todas aquellas personas que han estado en mi vida, aquellos que por no mencionar sus nombres no es que sean menos importantes, todos han sido partícipes para lograr esta meta. Gracias a mis Padres y Hermanos que siempre me han apoyado, a mis Suegros y Cuñados que con su inmenso amor han logrado cambiar mi visión de la vida, a mis amigos que aunque cada vez tenemos menos tiempo para vernos, siempre tenemos un espacio en nuestro pensamiento. A mis Profesoras y Amigas la Licenciada Teresa Sánchez y la Doctora María Antonieta Larios, que con su energía, fuerza y conocimientos me han ayudado a concluir uno de los proyectos más difíciles de mi vida. Pero sobretodo a mi Compañero que es la luz de mi Vida”.

Araceli.



Dedico esta Tesis con mi Agradecimiento...

A Dios, por el milagro de Ser.

A mi Madre, por depositar su Fe en mí hasta su último aliento.

A mi Padre, por estar siempre presente y enseñarme a observar el mundo.

A mi Esposa, por caminar siempre a mi lado para amar la Vida.

A mis Hermanos por darme ejemplo y sus hombros para descansar.

A mis Profesoras Teresa y María Antonieta por mostrarme la Magnificencia del Saber.

Y a los que me han dejado servirles en esta Vida.

Jesús Antonio.

## INDICE DE CONTENIDO:

1.- INTRODUCCIÓN	3
1.1 Fundamentación teórica del fenómeno de estudio	4
1.1.1. La visión de Patricia Benner sobre la transmisión del conocimiento Enfermero e investigación de la práctica de Enfermería.	4
1.1.2. Diferencias entre el saber teórico y conocimiento práctico.	5
1.1.3. ¿Qué sabemos sobre el saber derivado de la pericia profesional?	5
1.1.4. Investigación de los saberes prácticos progresivos.	6
1.1.5. Significado de las experiencias de la práctica clínica, una veta para proyectar la investigación clínica.	7
1.1.6. Presunciones expectativas y predisposiciones como fuente de fenómenos de investigación.	7
1.1.7. La experiencia profesional y su relación con la investigación clínica.	8
1.1.8. Consignas e instrucciones.	9
1.1.9. Competencias y atribuciones.	10
1.2 La Formación de los Expertos.	10
1.3 Niveles de Competencia.	17
2.- DELIMITACIÓN DEL FENÓMENO DE ESTUDIO.	21
3.- OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.	21
4.- VARIABLES IDENTIFICADAS.	22
5.- DEFINICIONES OPERACIONALES CONCEPTUALES.	23
6.- MATERIAL; MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS.	31
6.1. Tipo de diseño.	31
6.2. Universo.	31
6.3. Población	31
6.4. Muestra	31
6.5. Criterios de inclusión.	31
6.6. Criterios de exclusión.	32
6.7. Criterios de eliminación.	32
6.8. Proceso estadístico de datos.	32
6.8.1. Recolección de datos.	32
6.8.2. Clasificación, recuento, presentación y análisis.	32
6.9. Criterios para la construcción de la escala.	33
6.9.1. Escala de Likert.	34
6.9.2. Relación de Ítems.	34
7.- ORGANIZACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN.	35
8.- PRESUPUESTO.	35
9.- ASPECTOS ÉTICOS.	35
10.- RESULTADOS.	36
10.1 Descripción.	36
10.2 Análisis.	40
11.- CONCLUSIONES.	44
12.- SUGERENCIAS O RECOMENDACIONES.	48
13.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS, HEMEROGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS.	51
14.- ANEXOS.	52

## 1. INTRODUCCIÓN

### REFLEXIONES PRELIMINARES

Podemos decir que “la pericia y los conocimientos prácticos de las enfermeras clínicas con categoría de expertas constituye un valioso y soterrado caudal de sabiduría profesional; pero esta sapiencia sólo puede aumentar y expandirse en toda su plenitud si las profesionales registran sistemáticamente las experiencias y el saber que les depara el diario ejercicio.

La competencia clínica en el marco de la profesión enfermera no se ha destacado ni compensado adecuadamente, y la demora en esta definición contribuye a retrasar el reconocimiento y la gratificación. Además, la investigación y reseña fiel de conocimientos prácticos resultan esenciales para el perfeccionamiento y propagación de la teoría en el campo de la Enfermería.

La ciencia enfermera tiene mucho que aprender de las profesionales que contrarrestan sus juicios cualitativos escalonados y que defienden y documentan sus observaciones, actitudes, modelos, consignas y cambiantes atribuciones. Mucho tenemos que aprender y estimar en el momento en que las enfermeras (os) en activo nos revelan los significados comunes adquiridos como resultado de su ayuda, preparación y participación en los episodios genuinamente humanos que integran el arte y la ciencia de la Enfermería.

El presente documento plantea la realización de un estudio que se basa en la visión de Patricia Benner, el cual pretende identificar el estilo de interacción entre las enfermeras (os) y los estudiantes de la Licenciatura de Enfermería, particularmente los alumnos de cuarto semestre en adelante, para quienes las necesidades de asesoría y habilidades de comunicación son determinantes en la calidad de su práctica.

El marco de referencia para el estudio sobre la adquisición de habilidades y competencias progresivas en lo que ha denominado conocimiento progresivo desde principiantes, principiantes avanzados, competentes, hábiles hasta llegar a expertos. Según la experta, la pericia se desarrolla cuando la enfermera decanta y verifica proposiciones, hipótesis y expectativas basadas en postulados teóricos en un contexto de situaciones reales acaecidas en el ámbito profesional.

La metodología del estudio es básicamente de corte observacional transversal con enfoque cuantitativo. La recolección de datos se hizo con base en un instrumento con la modalidad en la escala de Likert de 30 ítems (quince positivos y quince negativos) los cuales serán procesados por el paquete “SPSS”.

## 1.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL FENÓMENO DE ESTUDIO

### 1.1.1 LA VISIÓN DE PATRICIA BENNER SOBRE LA TRANSMISIÓN DEL CONOCIMIENTO ENFERMERO E INVESTIGACIÓN DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA.

“Tenemos que investigar, describir y valorar la pericia clínica de las enfermeras expertas porque solo ellas son quienes aseguran el proceso de transmisión del conocimiento enfermero”

Benner.

Las enseñanzas y saberes contenidos en el ejercicio cotidiano de la tarea asistencial que se van acumulando con el paso del tiempo se denominan experiencia. Sin embargo con esta se crea la competencia clínica y muchas veces el propio personal no tiene una visión clara de sus progresos, por lo que hacen falta medios para transmitir los conocimientos adquiridos para que las enfermeras y (os) comparen sus criterios y acciones en la asistencia del enfermo, generando términos en la práctica cotidiana que faciliten el establecimiento de una comunicación idónea.

Toda experiencia clínica sufrirá modificaciones al adquirir nuevas habilidades, estos cambios seguirán sin reseñarse a menos que las enfermeras se propongan estudiar dichos cambios.

“La profesión de Enfermería se ha estudiado básicamente desde un prisma sociológico. Así pues sabemos mucho de las relaciones que comportan los distintos roles de la socialización y la aculturación en la práctica profesional, pero muy poco de saberes contenidos en el ejercicio cotidiano de la tarea asistencial, es decir esa sabiduría que va acumulándose con el paso del tiempo en la ciencia aplicada. Este caudal de conocimientos ha pasado inadvertido y no ha sido objeto de estudio debido a la errónea interpretación entre conocimientos teóricos y prácticos.

Hace falta un análisis sistemático mediante la investigación cualitativa de lo que aprende Enfermería clínica en el ejercicio diario de sus actividades profesionales”.

“Las enfermeras (os) no han sido custodios minuciosos de su sapiencia profesional”, muy cierto que han sido publicados muchos casos de estudio individuales pero existen pocas comparaciones clínicas de estudios de caso múltiples y de observaciones clínicas en el ámbito de la población hospitalizada. Benner hace énfasis en el hecho de que no haber registrado nuestras experiencias y observaciones clínicas, ha tenido como consecuencia que la teoría de la ciencia enfermera pierda su especialidad y el acervo de erudición técnica que conlleva el ejercicio competente de la tarea asistencial. “La adecuada configuración y definición de métodos y observaciones son esenciales para el perfeccionamiento de la base teórica”.

“Patricia Benner estudia específicamente las diferencias entre conocimientos y saberes prácticos de las enfermeras (os), nos conviene tener una visión global de la índole de dicho conocimiento práctico y como se adquiere.

### 1.1.2 DIFERENCIAS ENTRE SABER TEÓRICO Y CONOCIMIENTO PRÁCTICO.

Benner y todos los expertos coinciden en que "La teoría es un instrumento de suma utilidad para explicar los conceptos y efectuar previsiones, configura los temas y facilita el análisis sistemático de una sucesión de acontecimientos"

Los científicos tratan de precisar cuales son las condiciones necesarias para que se produzcan situaciones reales mediante el establecimiento de relaciones causales y reciprocas entre los hechos, el científico llega a un conocimiento previo, a un <<saber que >>. Sin embargo, filósofos de la ciencia como Khun y Polanyi citados por Benner dicen que no es lo mismo anticipar lo que va a ocurrir, que entender como se producirá un fenómeno, y señalan que el hombre posee numerosas aptitudes y habilidades [knowin how] adquiridas sin el curso del "saber que" o conocimiento previo [knowin that]; más aún no siempre podemos explicar en pura teoría muchas de las actividades comunes que ejercitamos en la práctica como nadar o montar en bicicleta.

Dice Benner que existen determinados saberes prácticos que escapan a toda formulación científica de carácter teórico, y la enfermera puede adquirir habilidades y conocimientos prácticos que cuestionan o amplían los postulados teóricos vigentes, al margen de toda formulación científica, por lo que no siempre tiene la explicación científica de un hecho. Sin embargo intuye o anticipa su evolución. ¿Cuántas veces no hemos escuchado a una enfermera experta decir? "Este paciente se recupera", cuando todos los pronósticos están en contra ¿Cómo explicamos ésta percepción?

"Por estas particularidades de nuestra práctica y el marco de una ciencia aplicada, el proceso de saber de Enfermería consiste en describir los conocimientos prácticos del [know-how] mediante investigaciones cualitativas basadas en el análisis de los conocimientos técnicos existentes perfeccionados con experiencia clínica en el ejercicio o práctica directa".

### 1.1.3 ¿QUÉ SABEMOS SOBRE EL SABER DERIVADO DE LA PERICIA PROFESIONAL?

"La pericia se desarrolla cuando la enfermera clínica verifica y decanta proposiciones, hipótesis y expectativas basadas en postulados teóricos en un contexto de situaciones reales acaecidas en el ámbito profesional. La experiencia tal como la entiende Benner, se adquiere cuando las ideas preconcebidas y las expectativas son contrastadas, matizadas o desmentidas por una contingencia real. Por lo tanto, la experiencia es un requisito previo de la pericia o cualificación profesional",

"En toda toma de decisiones humana de carácter complejo, como ocurre en las actividades de Enfermería, la pericia profesional facilita la interpretación de situaciones clínicas, y los conocimientos inherentes a esta competencia de grado superior son determinantes para la mejora de la función asistencial y el progreso de la ciencia enfermera.

No todo el saber contenido en la pericia profesional puede condensarse en propuestas teóricas o mediante técnicas analíticas supeditadas a la identificación de todos los elementos que intervienen en la decisión. Sin embargo, es posible definir las intenciones, expectativas, significados y resultados del ejercicio experto de la profesión, y aprender determinadas particularidades de la técnica clínica mediante notas o juicios interpretativos de las tareas asistenciales tal como se dan en la práctica".

### 1.1.4 INVESTIGACIÓN DE LOS SABERES PRÁCTICOS PROGRESIVOS

"La competencia clínica se adquiere con el paso del tiempo, y muchas veces el propio personal clínico no tiene una idea cabal de sus progresos. Hace falta arbitrar medios para divulgar los conocimientos prácticos adquiridos con objeto de ampliarlos y matizarlos.

Según Benner hay seis ámbitos de conocimiento en la práctica clínica:

- 1) Distinciones cualitativas escalonadas.
- 2) Significados ordinarios.
- 3) Presunciones, expectativas y predisposiciones. "
- 4) Modelos o casos-tipo y discernimiento personal.
- 5) "Máximas" o consignas.
- 6) Atribuciones y competencias imprevistas.

Dichos ámbitos pueden estudiarse utilizando en un principio técnicas cualitativas e interpretativas para identificar y aquilatar los conocimientos prácticos".

"Sabemos por ejemplo que las enfermeras clínicas expertas después de vivenciar múltiples eventos aprenden a detectar alteraciones fisiológicas casi imperceptibles. Son capaces de anticipar la inminencia de un evento clínico, antes de que se produzcan cambios verificables en las constantes vitales del paciente, y pueden pronunciarse sobre urgencia de proceder a la reanimación del paciente antes de que sobrevenga un cardiaco o alteraciones graves en las constantes vitales.

Estas facultades de fina sintonía con el estado de salud son fruto de muchas horas de observación directa y cuidado personal de los pacientes".

"Con frecuencia, la apreciación perceptiva de una situación depende del contexto; o sea, que los sutiles cambios advertidos solo cobran significado a la luz del historial clínico pasado del paciente y de su condición actual. Benner dice que las facultades perceptivas y detectoras o de monitores que poseen las enfermeras clínicas son una especie de "virtuosismo" profesional o "arte" de la pericia clínica.

La consignación o registro descriptivo e interpretativo de este "virtuosismo" revelará siempre conocimiento clínico de una enfermera. Las enfermeras pueden reunir ejemplos de sus facultades clínicas que identifican y explican el contexto, significados, características y resultados de su arte profesional, lo cual les permitirá refinar sus habilidades y mostrar o ilustrar las distinciones cualitativas que han llegado a detectar, buena parte de este proceso de refinamiento ocurre espontáneamente en el momento en que las enfermeras comparan sus juicios sobre distinciones cualitativas, como por ejemplo cuando aprenden a valorar la toxicidad muscular de un bebé prematuro o la sensación táctil de un útero contraído en contraste con otro que está rígido debido a la existencia de coágulos".



"Las distinciones cualitativas escalonadas es decir la pericia clínica progresiva solo puede elaborarse y refinarse cuando las enfermeras comparan sus criterios y opiniones en casos concretos de asistencia al enfermo. A menudo, al tratar de expresar con claridad las distinciones cualitativas se generan vocablos definitorios específicos. Sin embargo a menos que se adopten medidas para comparar la forma sistemática la acepción o significado de los términos en la práctica cotidiana, resultará imposible establecer una mínima comunicación".

"Benner nos alerta que la erudición clínica, condición de conocedor o experto suele a veces quedar relegada al empeño por aprender los procedimientos técnicos más modernos. Por lo general, se presta una atención exagerada al estudio de los métodos e innovaciones de última hora y se descuida la adquisición consistente de aptitudes en materia de apreciación y discernimiento clínicos",

### **1.1.5 SIGNIFICADO DE LAS EXPERIENCIAS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA. UNA BETA PARA PROYECTAR LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA.**

"Dice Benner que cuando se habla de competencias, las enfermeras se ocupan de aspectos comunes en el ámbito de la salud y de la enfermedad, de hechos como el nacimiento y la muerte, elaboran significados comunes en cuanto a la asistencia, recuperación y recursos asistenciales en este tipo de contingencias humanas".

En situaciones como las antes mencionadas nos percatamos de que "las y enfermeras(os) aprendemos de los familiares y de los propios pacientes una variedad de respuestas, interpretaciones y recursos defensivos en las situaciones más extremas. Estos significados o acepciones más comunes evolucionan con el tiempo y se convierten en un patrimonio común de las enfermeras, hasta constituir una tradición, La comprensión de estos significados sin privarlos de sentido mediante un análisis sacado de contexto puede auspiciar el estudio sistemático y un mayor perfeccionamiento de la teoría y de la práctica. Los significados ordinarios se hacen patentes cuando se narran diversas situaciones clínicas con absoluto respeto de su finalidad, contexto y significados".

### **1.1.6 PRESUNCIONES, EXPECTATIVAS Y PREDISPOSICIONES COMO FUENTE DE FENÓMENO DE INVESTIGACIÓN.**

"La reseña de casos prácticos redactados con plena fidelidad a las circunstancias pasadas y presentes está llena de presunciones, expectativas y "actitudes" que muchas veces desde nuestra perspectiva no entran en el saber académico de la enfermería.

Cuando se analiza un testimonio narrado en busca de suposiciones y expectativas que están en la base de la evaluación o actuación, se pueden suscitar nuevas cuestiones que exigen mayor matización, desarrollo y comprobación".

"Por otra parte, en Enfermería adoptamos actitudes o predisposiciones globales frente a nuestros pacientes. Los psicólogos definen el set como una tendencia a reaccionar de manera específica en determinadas situaciones. Las actitudes que se van acumulando con el tiempo, llegan a ser más inaprensibles que las expectativas o presunciones concretas que a menudo hacen evidentes

al observador externo. A Enfermería nos queda claro que la conformación de una actitud hacia la situación y, por consiguiente, inciden en la forma de percibir y describir dicha situación.

A veces, las predisposiciones de nosotros como Enfermeras (os) permanecen soterradas, aunque nunca las manifestamos con rotundidad, ya que el mero hecho de hacerlas explícitas altera su función".

"Según Benner una técnica para facilitar la percepción y el estudio de las actitudes se inspira en los estudios pluriculturales en los que se observan distintos sets o conjunto de criterios aplicables a una misma situación atendiendo al distinto trasfondo cultural del paciente en los que probablemente observamos actos carentes de lógica o sentido aparentes. Se pueden realizar experimentos pluriculturales planificados siempre que las enfermeras (os) establezcamos comparaciones entre los incidentes relevantes de su actividad profesional y la forma de abordar una situación clínica".

"Los planteamientos antagónicos y las deficiencias de comunicación en torno a una misma situación clínica reflejan en ocasiones la existencia de actitudes distintas. La identificación de presunciones, expectativas y predisposiciones pueden revelar la existencia de una parcela inexplorada de conocimientos prácticos que es susceptible de ser estudiada y abordada sistemáticamente.

### **1.1.7. LA EXPERIENCIA PROFESIONAL Y SU RELACIÓN CON LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

"Heidegger y Gadamer citados por Benner definen la experiencia como el rechazo de las ideas preconcebidas que no se ven confirmadas por la situación real de que se trate. Condición previa para percibir una situación susceptible de ser investigada en la clínica es la existencia de una precognición o actitud, y en la práctica clínica esta presencia se halla a menudo bien sustentada por la teoría, los postulados básicos y la experiencia anterior. Únicamente cuando el suceso relacionado con la práctica clínica matiza, perfecciona o contradice esta condición merece que se le aplique el término "experiencia".

Conforme la enfermera adquiere "experiencia", se genera una sabiduría clínica que es una amalgama de saberes prácticos elementales de conocimientos teóricos no depurados. Debe buscarse siempre que una experiencia clínica de Enfermería tenga suficiente consistencia para erigirse en un esquema de trabajo. Las enfermeras (os) aventajadas y las expertas son a final de cuentas las que propongan los modelos o casos tipo en torno a la asistencia al paciente, de forma que al abordar una situación asistencial se valen de situaciones concretas anteriores, del mismo modo que un científico utiliza un modelo o paradigma.

Las situaciones anteriores cobran valor porque en su momento cambiaron la percepción de la enfermera (o) Por consiguiente, las experiencias pretéritas orientan la percepción y las iniciativas de la profesional experta y originan una rápida captación perceptiva de la contingencia actual. Este tipo de

competencia clínica avanzada es más completo que cualquier esbozo teórico, puesto que el clínico experimentado compara situaciones globales anteriores con realidades globales presentes".

Dice Patricia Benner "Algunos modelos o paradigmas son lo bastante simples y explicativos para que puedan presentarse como casos de estudio por lo que es difícil que un principiante los adopte como ejemplo. El profesorado clínico experimentado presenta casos paradigmáticos que son más ilustrativos que los principios o directrices abstractas. Pero para que un estudiante pueda sacar provecho del modelo vivido por otra persona es preciso que ensaye o imagine activamente la situación. Las simulaciones son incluso más efectivas, por cuanto exigen que el estudiante tome iniciativas y decisiones. Por otro lado las simulaciones facilitan al principiante oportunidades de acceder a modelos bajo la guía de un docente". Desde esta perspectiva se propone el desarrollo de investigaciones clínicas sustentadas en la evaluación de los estilos, esquemas de las formas como una enfermera (o) experta (o) transmite el conocimiento a un colega principiante.

"Por otro lado y no obstante que una enfermera (o) sea experta(o) muchos modelos son demasiados complicados para exponerse como ejemplos o simulaciones de casos, porque lo que genera "experiencia" es la particular interacción con los conocimientos anteriores del estudiante, es decir que la experiencia se entiende según Benner como la personal matización o rechazo de los prejuicios y consejos apriorísticos. A este proceso los expertos lo denominan como un fenómeno o una transacción de sabiduría personal.

Tenemos que recordar que todo individuo aporta su formación cultural con premisas intelectuales y aptitudes de aprendizaje a una situación clínica concreta. Las transacciones que originan esta experiencia o erudición personal y la propia situación clínica orientan las iniciativas y decisiones clínicas que las enfermeras (os). Esta es la razón de que una disciplina clínica tenga la necesidad de personal asistencial experto para modelar la interacción dinámica entre el saber personal y la realidad clínica de que se trate",

Dice nuestra apreciada autora Benner "Las enfermeras experimentadas evocan, sin esfuerzo situaciones clínicas que modificaron su concepción de la asistencia al enfermo. El registro y el estudio sistemático de estos modelos paradigmáticos habrán de facilitar la propagación de las enseñanzas que contienen".

### **1.1.8 CONSIGNAS E INSTRUCCIONES.**

Cuando una enfermera (o) lee por primera vez a Benner se sorprende ante la idea de que el personal de Enfermería experto transmite instrucciones crípticas que solo tienen sentido si el que las recibe posee ya un conocimiento profundo de la situación. A esta forma de comunicación como en parábolas se le denomina "Máximas" que se convierten en expresiones concretas que resumen el saber de una experta. Así una experta en venoclisis puede decir a otra enfermera: no le quites la mirada a un recién nacido sano, esta expresión no le dice nada a una principiante porque desconoce el riesgo implícito en una situación aparentemente normal.

Todos sabemos "las enfermeras clínicas expertas son capaces de aprender mucho de las consignas que se transmiten entre ellas. No obstante, también el observador externo y la enfermera menos experimentada pueden sacar conclusiones sobre determinadas facetas de la ciencia clínica, sobretodo en cuanto al saber perceptivo que encierran las consignas". Dice Benner "hacer acopio de "máximas" puede ser un buen punto de partida para cortar buena parcela de discernimiento clínico". Aquí es necesario apuntar la pertinencia de que las enfermeras especialistas hagan una investigación y documentación de los saberes propios de una especialidad, de manera que los principiantes anticipen un campo de experiencia que no solo les disminuye su ansiedad, sino que asegura un desempeño satisfactorio.

### **1.1.9 COMPETENCIAS Y ATRIBUCIONES**

En opinión de Benner "la función de los centros de salud y en los servicios de asistencia prolongada se ha ampliado considerablemente merced a las competencias y actuaciones delegadas por el médico y otros profesionales de la sanidad. A esta ampliación o delegación atípica de funciones, se le llama "delegación por defecto". Por ejemplo, cuando se pone en práctica un nuevo tratamiento o régimen diagnóstico, los riesgos que conlleva aconsejan que su aplicación y vigilancia se encomiende a los médicos.

Pero en la práctica sucede con frecuencia que la enfermera asume esta responsabilidad, puesto que es ella la que vela junto al lecho del enfermo.

"Estos hábitos "heredados" tienen múltiples ramificaciones en el ejercicio cotidiano de la profesión. Así, por ejemplo, las enfermeras cardiólogas han adquirido la condición de verdaderas expertas en la dosificación progresiva de fármacos vasoconstrictores y medicamentos contra las arritmias, pero esa facultad no ha sido descrita ni estudiada de forma sistemática. Al respecto dicen las investigadoras clínicas que las percepciones y los criterios clínicos sufren modificaciones con la adquisición de una nueva habilidad, sin embargo estos cambios seguirán sin reseñarse ni advertirse a menos que las enfermeras se propongan investigar los conocimientos técnicos que implica el ejercicio de su especialidad".

## **1.2 LA FORMACIÓN DE EXPERTOS**

Presentación.

El propósito del capítulo es revisar algunos conceptos sobre el desarrollo de habilidades clínicas. Se trata de comentar algunos enfoques sobre el proceso de convertirse en experto clínico. Saber qué y cómo hizo la persona experta; para concretar su potencial de discernimiento clínico-ético acompañado de la habilidad técnica de excelencia. A manera de encuadre se ha buscado en la literatura lo que dicen los filósofos acerca de la búsqueda de la sabiduría.

¿Es el experto clínico un genio?

Al respecto Luis Alberto Machado (1990) <sup>1</sup> dice que “no existe ninguna característica que sea propia de los genios, pero no hay genios sin curiosidad, sin trabajo y sin constancia. El genio es como un niño, pero hace una puntualización: un niño constante. Estos niños tienen la misma capacidad de asombrarse. Para ellos el mundo es siempre nuevo. Sin excepción el genio mantiene una actitud integralmente humilde frente a la naturaleza y a su propia obra. El genio no es original en su forma de vida sino en su obra [...]. Se trata de un creador artístico o científico. No se conoce una sola obra original que no haya sido el fruto del esfuerzo y de la constancia. Para crear el artista y el científico no disponen sino de su pensamiento, su intención y su voluntad de crear. No tiene otra decisión más que la de realizar su obra, ni otro recurso que no sea el trabajo. Trabajo, trabajo y más trabajo. Parece que el genio, al que veremos si se le puede equiparar con el experto es alguien que busca la perfección mediante el trabajo.

Según Aristóteles la perfección se manifiesta en algo que está acabado y completado de tal suerte que no le falta nada, pero tampoco le sobra nada para ser lo que es. Algo es perfecto cuando es justa y exactamente lo que es. Se trata de lo mejor en su género, no hay nada que pueda superarlo. Lo perfecto es lo que ha alcanzado su fin, en cuanto fin loable. Dicho fin puede enmarcarse en la ciencia o en el arte<sup>2</sup>.

Para cerrar esta idea del genio Machado dice que “Nadie nace genio ni predestinado a serlo [...] se trata sencillamente de una persona que ha adquirido la facilidad de relacionar. Sabiéndolo o no, utiliza algún medio de relación que le da resultado. Los medios de relación constituyen algo que puede aprenderse y por lo tanto algo que puede enseñarse.

Lo anterior aplica para cualquier persona normal que logra usar racionalmente su dinámica cerebral. Porque no hay creado y por lo tanto creación sin reglas, se conozcan o no. Genio es aquel que una vez que descubre las reglas para relacionar conceptos, las hace suyas y les añade su propia personalidad. El genio no es más que el fruto acabado de la constancia”.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> MACHADO, Luis Alberto. (1990) *La revolución de la Inteligencia*. Barcelona, Caracas, México: Seix Barral. P 38

<sup>2</sup> FERRATER, Mora. (2000). *Diccionario de Filosofía*. España: Ariel

<sup>3</sup> Machado. *Op cit*

¿Es el experto clínico un creador?

Según Wunibald Müller (2001: 9) <sup>4</sup> Un creador es una persona que se encuentra a gusto consigo misma "haciendo colaborar todas las fuerzas y las influencias que actúan sobre la persona; llegando a una acción concertada en beneficio propio, a una cooperación para el propio bienestar. Usa el tacto y la intuición, pero también trabajo duro y disciplina. La posibilidad de crear se relaciona con el arte de "estar a gusto consigo mismo" es algo dinámico, conjuntando la situación personal, en coexistencia con la tarea a realizar, el entorno, la jerarquía de valores, la toma de decisiones flexibles e innovadoras y una actuación en consecuencia.

¿Qué hay sobre la expertez clínica?

Cabe aquí evocar a P. Benner quien concibe a los expertos como un eslabón esencial en la construcción del cuerpo de conocimientos teórico a partir de un saber práctico cosechado en la clínica. Es decir la participación del experto, no sólo es deseable, sino condición de posibilidad única para la generación del saber práctico de lo clínico.<sup>5</sup>

En clínica la expertez se ha clasificado por niveles: a) principiante, b) competente, c) competente avanzado d) Hábil y e) experto. La expertez implica la progresión considerando factores como: tiempo de práctica, afrontamiento del estrés generado, el currículo del participante, el tipo y frecuencia de interacciones clínicas, los contextos de práctica, entre otros; que influyen, favoreciendo o bloqueando, el desarrollo de la práctica eficiente.

En todas las artes y disciplinas se incluye a la acción creativa como atributo indispensable. Es decir la creación es la expresión máxima de un talento o virtuosismo. Para artes como la literatura, danza, artes plásticas, suele decirse que la mejor manera de desarrollar en talento subirse a un escenario y actuar o tomar una hoja en blanco y empezar a escribir.

De ser cierto lo anterior, entonces para tocar un estudio de Chopin sólo habrá que sentarse al piano y comenzar a tocar. O bien sentarse a escribir y obtener de la calidad de "cien años de soledad". Desde luego, esto es imposible. Para tocar el piano hay que ponerse a estudiar las notas y las escalas primero, optar por una obra, proceder a los ensayos, que siempre son guiados, y tiempo después, esperar a que los otros califiquen el grado de expertez alcanzado, y más tarde aún ser calificado, siempre por "el otro" como un ser creativo, virtuoso o experto. Lo mismo puede decirse para la literatura.

---

<sup>4</sup> Müller Wunibald. (2001). *Cuida de ti mismo. Del arte de quererse bien...* Santander: Sal Térrea . P. 9

<sup>5</sup> BENNER. Patricia. (1987). *Práctica Progresiva en Enfermería* Barcelona: Grijalbo. p. 58

Cuando se aborda el concepto "Saber clínico práctico", éste es concebido como una ejecución experta producto de una valoración clínica sistematizada; misma que permite realizar un diagnóstico correcto y plantear las intervenciones adecuadas para modificar favorablemente el estado de salud de quien lo solicite. Es deseable que un experto sea quien realiza tales valoraciones ya que la interpretación de hallazgos exige un determinado grado de pericia clínica.

La "Pericia clínica" es la cualidad derivada de la práctica en la que se contrastan conceptos en situaciones reales, en una sutil combinación que permite confirmar o trascender un conocimiento. Desde luego, la pericia no se refiere a la mera acumulación inconsciente de vivencias; se trata más bien de un ejercicio consciente (práctica intencionada) de la clínica, a fin de comprender su esencia y su dinámica. Patricia Benner (1986) subraya la importancia del estudio de la formación de los expertos a partir de las "6 facultades perceptivas y detectoras que posee el clínico experto, su "virtuosismo profesional" o "arte de la pericia clínica".

Desde la perspectiva de Benner se está frente a un experto cuando observamos la manera de resolver eficientemente un caso crítico. Su acción, además de correcta, es oportuna y suficiente. El experto, en un proceso integrador de conceptos y experiencias, percibe la situación como un todo, su modelo de referencia son las situaciones similares anteriores, no importa cuándo ocurrieron, situándose en el justo término del problema sin malgastar el tiempo en considerar un gran número de alternativas no aplicables al caso.

En esencia, la expertez o alto grado de pericia define el estilo de práctica clínica, así como el modelo desde el cual se construyen y se comunican los saberes.

Aunque existen programas, investigaciones tendientes al estudio de la formación de expertos; estos se relacionan más con la formación de alumnos de alto rendimiento y participantes en programas de educación especial. Para el caso de la clínica de enfermería, no se ha documentado el cómo, cuándo y por qué alguien se transforma en un experto clínico. Es decir, en qué momento trascendió la condición principiante, a competente, luego hábil y finalmente se ascendió a la fase de experto.

Se intuye que en estos procesos se involucran aspectos interactivos o de acción social en escenarios o contextos específicos; pero sobre todo a una intencionalidad en la acción clínica. Es decir ya sabemos que la "práctica hace al maestro" lo que no sabemos es en cuánto tiempo y qué contextos son favorables para el desarrollo de ese conocimiento al que algunos le llaman "el saber cómo" (Know How).

---

<sup>6</sup> Benner, Patricia. (1986). *Práctica Progresiva*. México: Grijalbo. P.32-41

Lo que se observa es que el "Know How" en general, se socializa durante los diálogos incidentales en la acción clínica o en amenas charlas de café entre pares. Hay un acuerdo tácito en que el "saber cómo" es adquirido a partir de la interacción cotidiana en áreas particulares; éste se expresa a través del discurso por lo que se "descubre" casi exclusivamente al conversar.

En la experiencia general los expertos crean una inteligente relación entre el discernimiento clínico y la tecnología a la que recurren sólo cuando es preciso confrontar sus hallazgos. Es más; parece que les resulta más natural e igual de eficiente el comentar, con alguien que sabe más, o bien en las tradicionales sesiones clínicas, los "casos complejos" concretando así una de las más eficaces formas de construir el conocimiento de la clínica.

Según Miguel Gallegos los expertos, las personas con pericia, son personas normales, que han hecho una sola cosa diferente al resto: modificar sus procesos de pensamiento, han decidido pensar la realidad y por lo tanto pensarse a sí mismos desde una perspectiva compleja, que no es lo mismo que complicada. Este tipo de personas se han creado hábitos para vivir en y para la complejidad, la incertidumbre y la impermanencia, ubicando lo diferente.

Los hábiles del pensamiento complejo integran conocimientos múltiples dispersos y diversos para resolver problemas concretos y conexos. Observan y distinguen lo permanente de lo mutante. Recrean conceptos para interpretar la realidad..

Se interesan por practicar el arte de observar, pensar y actuar contextualmente. Integran en una acción lo que saben, lo que han vivido y lo que esperan que suceda.<sup>7</sup>

Generar habilidades de este tipo en los contexto clínico implica comprender y aceptar que la realidad clínica es enredada, inextricable, desordenada, ambigua o imprecisa. No obstante hay que practicar el arte de observar, pensar y actuar según el contexto. Integrando como se dijo antes, en una intervención terapéutica lo que se sabe, lo que se ha vivido y las expectativas en términos de actos potenciales o de pronóstico. Habrá que incorporarse al paradigma de la complejidad superando el esquema de la reducción o abstracción; reconociendo que el pensamiento complejo trasciende la reducción/disyunción/separación del conocimiento.<sup>8</sup>

En la complejidad la concepción de orden y desorden en una constante, así como la organización - desorganización a modo de espiral recursiva ascendente o descendente.

---

<sup>7</sup> Gallegos Miguel (2000). LA EPISTEMOLOGÍA DE LA COMPLEJIDAD COMO RECURSO PARA LA EDUCACION. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario.

<sup>8</sup> Ibidem



Hablando en este caso particular de los estudiantes de enfermería de modernidad, interesados todos, en desarrollar pericia clínica, aprendieron a no temerle a las rupturas epistémicas. Se dejan guiar por los principios de distinción, relación, oposición en la forma de percibir, pensar y valorar la realidad. Saben que los escenarios clínicos son por definición complejos. Son testigos de la manera como se interconectan y se expresan formas particulares de percepción de fenómenos, sucesos y procesos clínicos. Identifican los contextos físicos, biológicos, psicológicos, lingüísticos, antropológicos, sociales, económicos, ambientales se afectan simultáneamente, en una intervención clínica del tipo que sea.<sup>9</sup>

En este orden de ideas cabe citar a Helen Cohen, quien identifica una cualidad a la que denomina "la prominencia" (proficiente) es una actitud perceptiva inherente a un saber intrínseco que hace que una persona no tenga necesidad de evaluar analíticamente los aspectos más descolantes de una contingencia o coyuntura clínica, sino que sencillamente, se le presentan y por lo tanto las percibe como más relevantes que otros. Las personas dotadas con esta cualidad ignoran selectivamente los aspectos menos importantes de una situación (desde la perspectiva aprendida) y son sensibles a los matices que pueden influir en los aspectos más significativos.

Esta concepción de la prominencia no depende de una noción de carácter representativo, sino que más bien pone de manifiesto que el sujeto cognitivo. A diferencia de una máquina, la persona prominente tiene acceso directo a la situación gracias a su preparación y a una actitud de vinculación y de compromiso. Para el experto, la prominencia (lo significativo) es algo que se da por supuesto, porque resulta obvio o "porque las cosas son exactamente como son. Sin embargo si el experto quiere ampliar su nivel de pericia, tendrá forzosamente que poner en entredicho lo que se le aparece como prominente, y su punto de vista variará en función de los nuevos datos de que dispone y de la experiencia."<sup>10</sup>

Para P. Benner la pericia profesional (expertise) sólo es posible cuando el clínico verifica y valora los conocimientos teóricos y prácticos en situaciones clínicas reales. La pericia se fomenta mediante un proceso de comparación de situaciones clínicas similares y distintas entre sí, de modo que un experto tiene un profundo conocimiento general de las situaciones clínicas basado en múltiples casos tipo anteriores. La pericia es una amalgama de saberes teóricos y prácticos<sup>11</sup>.

Conclusión.

En este contexto se puede concluir que el experto clínico es, ante todo, una maravillosa persona que hace converger concertadamente los saberes, supera la erudición y se convierte en un articulador de complejidades, un comprendedor de realidades y luego un creador de soluciones.

Para el experto no hay nada equiparable a la sensación de estar bien consigo mismo, tener la disposición para actuar en la interdependencia, saber cuándo consultar o intercambiar y desde luego; no

---

<sup>9</sup> GALLEGOS Op. Cit

<sup>10</sup> COHEN A. Helen. (1988). La enfermería y su identidad profesional. Trd. Marta I. Guastavino. Barcelona: Grijalbo. P. 247

<sup>11</sup> BENNER, Patricia. (1987). Práctica progresiva en Enfermería. Manual de comportamiento profesional. Trd. Por R.A.A.. Barcelona: Grijalbo. p.323

dudar en usar siempre y a fondo el juicio clínico. A los que los hemos visto sabemos que el experto es prominente.

Como aspirantes a expertos sabe que la misión es crear y socializar, no un saber puro, sino una cultura del saber que permita comprender la naturaleza de la práctica clínica. Comprender no el rol sino, la posibilidad de acción.

Aceptan su condición humana y la del otro. Sabe que quien realiza un cuidado y quien lo recibe; juntos crean una experiencia recíprocamente constructiva.

Se sabe además que no sólo es estudiante, sino que es ante todo se reconoce un ser humano. Sabe afrontar la incertidumbre, soltando la obsesión por la certeza disponiéndose a un ejercicio cotidiano. Sabe que la única certeza es el cambio.

Cuando logren el nivel de expertos serán los estrategas del afrontamiento, del riesgo. Habrán logrado una reingeniería psíquica para comprender al otro para comprenderse a sí mismos. Pensarán y vivirán la ética buscando el bien a sí mismos y al otro por naturaleza.

En su condición de expertos percibirán y reconocerán la existencia del sinsentido y guiados por éste se comprometerán a sí mismos a crear o encontrar un sentido a su acción. Sabrán parafraseando a Nietzsche que "Para los expertos la clínica no tiene sentido, ellos se lo dan". Es decir no es la clínica la que los hace, sino que ellos hacen a la clínica.

En su práctica serán capaces de encontrar el significado de una creencia, un mito, una fantasía, un rito, y desde ese esquema crear un concepto, un método, una técnica, un procedimiento. En síntesis definir un saber, su propio saber.

Quizá un argumento convincente para convertirse en experto es que se habrá logrado canalizar la resistencia autodestructiva, consecuencia de una energía mal dirigida; convirtiéndola en estrategia creativa.

La expertez será la evidencia de un proceso de liberación de las emociones negativas (miedo, negativismo/independencia, resistencia al cambio, ansiedad, temor y dependencia) canalizando tan fuertes energías hacia el esfuerzo intelectual, también denominado esfuerzo cognitivo.

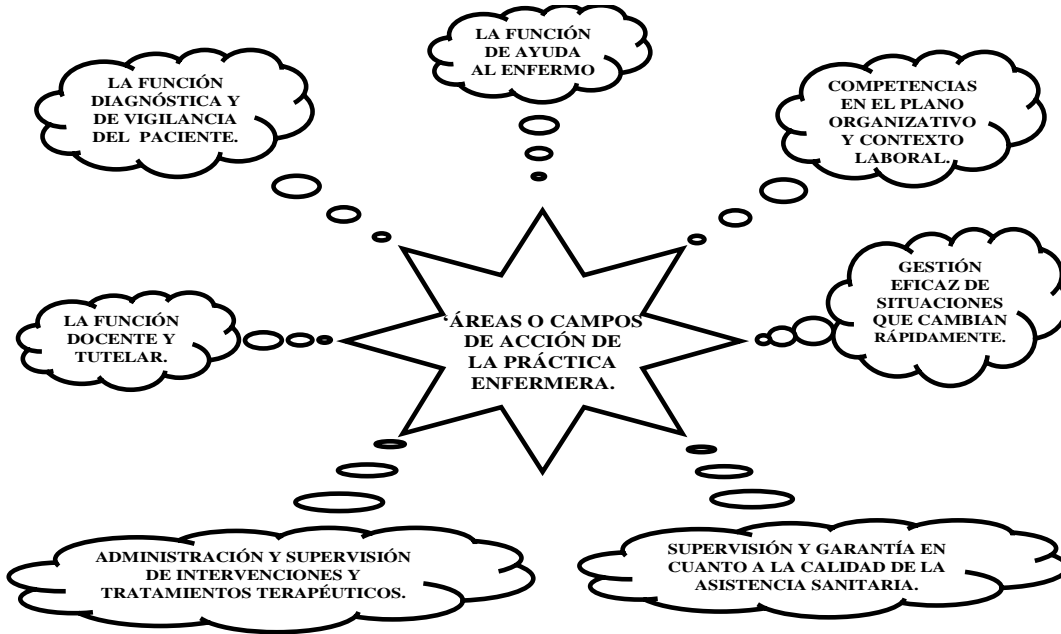
El proceso de convertirse en experto implica filosóficamente la conciencia de la búsqueda de la perfección. Sin que ésta perfección sea absoluta intenta acercarse a la idea de totalidad y plenitud de tal suerte que no le falte y tampoco le sobre nada para ser lo que es. Como dijera Leonardo da Vinci: "Señor Tú nos das los dones; pero a cambio nos pides la fatiga".<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> ULSA. Ideario. 2007

**1.3 NIVELES DE COMPETENCIA:**

A continuación hemos hecho un ejercicio de síntesis, mediante figuras; de la propuesta teórica de Patricia Benner expresando los conceptos a manera de diagrama, destacando los niveles de competencia y las funciones de Enfermería desde la óptica de la teoría en cuestión, la de la Dra. Benner:



Benner divide en siete puntos el campo de acción de la Enfermería.

Elaborado por: Lic. Teresa Sánchez Estrada, Araceli Aparicio Miranda, Jesús Antonio Villarreal Avalos.  
 Adaptado de: Benner P. "Práctica progresiva en Enfermería". Barcelona: Grijalbo, 1987.

# FUNCIÓN DE AYUDA AL ENFERMO.

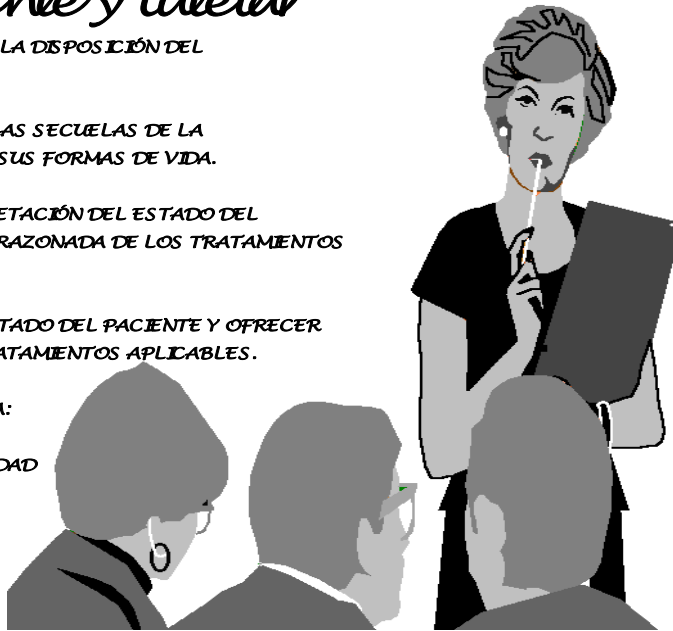


**Función de ayuda al enfermo:** Basada en once puntos, los cuales son como tal una descripción de las competencias de la Enfermería.

Elaborado por: Lic. Teresa Sánchez Estrada, Araceli Aparicio Miranda, Jesús Antonio Villarreal Avalos.  
 Adaptado de: Benner P. "Práctica progresiva en Enfermería". Barcelona: Grijalbo, 1987.

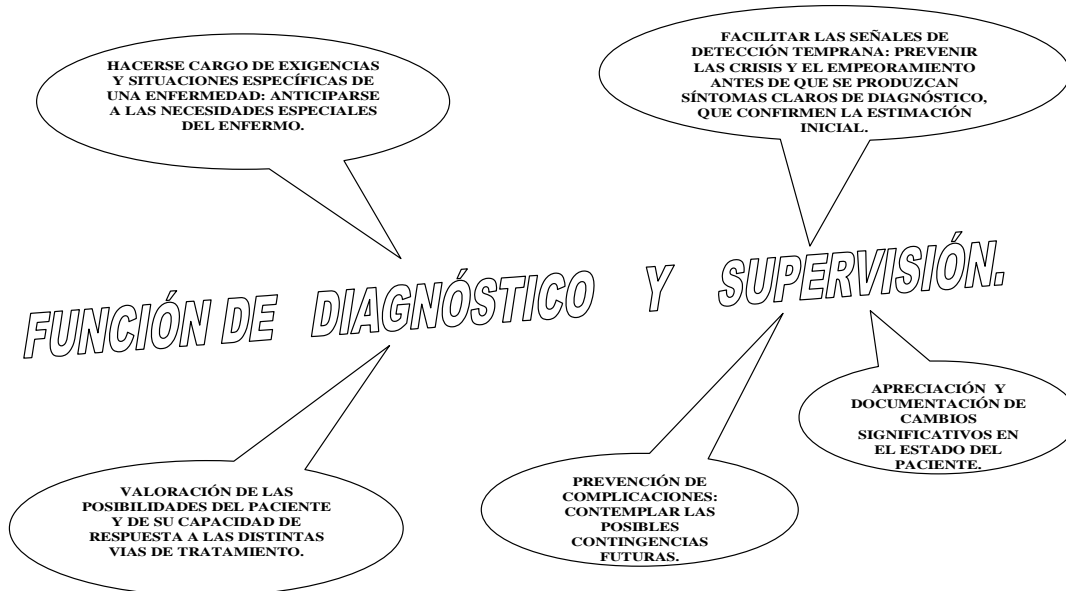
## Función docente y tutelar

- ↳ SENTIDO DE LA OPORTUNIDAD: EVALUAR LA DISPOSICIÓN DEL PACIENTE PARA SER ALECCIONADO.
- ↳ AYUDA DE LOS PACIENTES A INTEGRAR LAS SECUELAS DE LA ENFERMEDAD Y RESTABLECIMIENTO EN SUS FORMAS DE VIDA.
- ↳ DESCUBRIR Y COMPRENDER LA INTERPRETACIÓN DEL ESTADO DEL PACIENTE Y OFRECER UNA EXPOSICIÓN RAZONADA DE LOS TRATAMIENTOS APLICABLES.
- ↳ FACILITAR UNA INTERPRETACIÓN DEL ESTADO DEL PACIENTE Y OFRECER UNA EXPOSICIÓN RAZONADA DE LOS TRATAMIENTOS APLICABLES.
- ↳ LA FUNCIÓN TUTELAR O PREOPERATORIA: HACER ASEQUIBLES Y COMPENSIBLES AQUELLOS ASPECTOS DE UNA ENFERMEDAD SOSLAYADOS POR RAZONES DE ÍNDOLE SOCIOCULTURAL.



**Función docente**, en la educación de la salud para el usuario y para los estudiantes de Enfermería.

Elaborado por: Lic. Teresa Sánchez Estrada, Araceli Aparicio Miranda, Jesús Antonio Villarreal Avalos.  
Adaptado de: Benner P. "Práctica progresiva en Enfermería". Barcelona: Grijalbo, 1987.



Elaborar un diagnóstico de Enfermería y supervisar y verificar las acciones y reacciones para prevenir situaciones apremiantes.

Elaborado por: Lic. Teresa Sánchez Estrada, Araceli Aparicio Miranda, Jesús Antonio Villarreal Avalos.  
Adaptado de: Benner P. "Práctica progresiva en Enfermería". Barcelona: Grijalbo, 1987.

## GESTIÓN EFICAZ DE SITUACIONES QUE SE DEGRADAN RÁPIDAMENTE



Detectar y ejecutar acciones para prevenir y remitir situaciones extremas.

Elaborado por: Lic. Teresa Sánchez Estrada, Araceli Aparicio Miranda, Jesús Antonio Villarreal Avalos.  
Adaptado de: Benner P. "Práctica progresiva en Enfermería". Barcelona: Grijalbo, 1987.

## GESTIÓN Y SUPERVISIÓN DE LAS MEDIDAS Y PRESCRIPCIONES TERAPÉUTICAS.

- **Iniciación y mantenimiento de la terapia endovenosa con un mínimo de riesgo y complicaciones.**
- **Administración eficaz y segura de medicaciones: vigilancia de los efectos negativos, reacciones, respuestas terapéuticas, toxicidad e incompatibilidades.**
- **Combatir los peligros de la inmovilidad: prevenir y actuar en caso de afecciones cutáneas; hacer que el enfermo no guarde cama y realice ejercicio para fortalecer al máximo movilidad y rehabilitación; prevención de las complicaciones y respiratorias.**
- **Elaborar un sistema de tratamiento de las heridas que propicie la cicatrización, la comodidad y el drenaje adecuados.**



Ejercer el arte de los cuidados de Enfermería designados para cada paciente.

Elaborado por: Lic. Teresa Sánchez Estrada, Araceli Aparicio Miranda, Jesús Antonio Villarreal Avalos.  
Adaptado de: Benner P. "Práctica progresiva en Enfermería". Barcelona: Grijalbo, 1987.

# SUPERVISIÓN Y GARANTÍA DE CALIDAD DE LAS PRESTACIONES ASISTENCIALES.



Observar y procurar que la asistencia sea la más adecuada para el usuario.

Elaborado por: Lic. Teresa Sánchez Estrada, Araceli Aparicio Miranda, Jesús Antonio Villarreal Avalos.  
Adaptado de: Benner P. "Práctica progresiva en Enfermería". Barcelona: Grijalbo, 1987.

# COMPETENCIAS EN EL ORDEN ORGANIZATIVO Y DESEMPEÑO DE LA FUNCIÓN.



Procurar que se ejerza una interacción multidisciplinaria adecuada para el paciente y para todo el personal sanitario.

Elaborado por: Lic. Teresa Sánchez Estrada, Araceli Aparicio Miranda, Jesús Antonio Villarreal Avalos.  
Adaptado de: Benner P. "Práctica progresiva en Enfermería". Barcelona: Grijalbo, 1987.

## **2. DELIMITACIÓN DEL FENÓMENO DE ESTUDIO:**

Se ha observado que el desarrollo de las prácticas clínicas de la licenciatura en Enfermería atiende a un plan de estudios y por lo tanto a un programa teórico-práctico, en el caso de la ENEO por áreas y materias. La realización de las prácticas clínicas atiende a un plan de rotación por los servicios a partir de los cuales se considera que los alumnos se integrarán los conocimientos abordados en el bloque teórico. No obstante que se trate de actividades programáticas en ocasiones ocurren situaciones que podrían afectar negativamente el proceso de transmisión del conocimiento enfermero. Ejemplo de lo anterior podrían ser situaciones como que los alumnos pasan por muchos servicios por corto tiempo; Existen servicios en los que el alumno no desempeña actividades relacionadas con sus objetivos de práctica.

En este orden de ideas podemos mencionar que podría no coincidir el servicio con la intencionalidad de la práctica. Acaece también que en algunos servicios juegue al rol de plantilla de personal y no de principiante en el proceso de atención del conocimiento o bien, que el alumno tenga dificultades para interactuar con la enfermera de asignación a fin de asimilar los procesos inherentes a su práctica.

Por lo anterior se ha planteado como eje de estudio el siguiente enunciado: ¿Cuáles son las formas de interacción que prevalecen entre las enfermeras clínicas y los estudiantes designados en los servicios durante la práctica clínica y cómo incide esta relación del binomio enfermera-estudiante en la adquisición de habilidades y competencias clínicas?

## **3.OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN:**

- a) Describir las formas de práctica clínica de los alumnos de Enfermería desde la teoría progresiva de Patricia Benner.
  - b) Identificar la forma de transmisión del conocimiento disciplinar en el binomio estudiante - enfermera, es decir; desde la interacción principiante -experto.
- con base en los resultados: hacer una propuesta de adecuación de las prácticas clínicas de los estudiantes en la ENEO.

## 4.- VARIABLES IDENTIFICADAS

VARIABLE O CATEGORÍA	INDICADORES	# DE ITEM
Variable sociodemográfica	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Semestre</li> <li>➤ Escuela</li> <li>➤ Servicio</li> <li>➤ Turno</li> </ul>	Sin número.
Estilo de interacción enfermera – Estudiante y nivel de dominio clínico de la experta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nivel de dominio clínico de la enfermera de servicio.</li> <li>➤ Asesoría clínica sistemática.</li> <li>➤ Retroalimentación diaria de experiencias significativas.</li> <li>➤ Identificación del estado psicológico del estudiante.</li> </ul>	1-30 3-28 5-26 7-24 9-22 10-21 11-20 12-19 13-18 15-16
Objetivo de la práctica, y tiempo de servicio asignado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tipo de servicio</li> <li>➤ Duración del servicio</li> <li>➤ Rotaciones por los servicios.</li> </ul>	2-29 10-21
Interacción estudiante – estudiante.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Intercambio de conocimientos entre estudiante – estudiante del mismo grupo de práctica.</li> <li>➤ Intercambio de conocimientos entre estudiante – estudiante del mismo semestre de práctica, pero diferente grupo.</li> <li>➤ Intercambio de conocimientos entre estudiante – estudiante de diferente escuela.</li> </ul>	6-25 8-23 14-17 31-32



## 5. DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES

### CASO O MODELO EJEMPLAR

[paradigm case]. Episodio o contingencia clínica que altera la forma de interpretar y percibir situaciones clínicas posteriores. Se trata de casos que destacan en el recuerdo clínico; son puntos de referencia en el ejercicio cotidiano de la profesión. Los casos – tipo constituyen la base para formular previsiones y proyecciones. Si la lección es sencilla (explicar como puede producirse o evitarse un error), resulta fácil transmitirla, pero si la noción es más compleja y supeditada a muchos otros modelos o casos ejemplares a los conocimientos del sujeto, es difícil comunicarla a otro clínico, salvo que este disponga de un acervo similar de conocimientos y de modelos. Los casos tipo son ejemplares que se conviertan en la parte óptica perceptiva del clínico.

### COMPETENCIA

Un área de ejecución experta definida por vía interpretativa que se identifica y configura por su objeto, función y significados (como casos de relación y exposición de competencia). El sentido del término competencia no guarda relación alguna con la categoría de “competente” con el modelo Dreyfus de adquisición de habilidades.

### COMPETENTE

Una fase del modelo Dreyfus de adiestramiento técnico (o de adquisición de habilidades o aptitudes) que se caracteriza por una considerable planificación consciente e intencionada. El plan dictamina que atributos y aspectos de las situaciones presentes y futuras previsibles deben tener más relevancia y cuales deben ignorarse la categoría o grado de competente se manifiesta por un aumento de las cotas de eficacia.

Aquellas experiencias clínicas previas, que sirven de referencia para resolver una situación clínica concreta.

Campos del conocimiento propios de la Enfermería abordados en los diferentes semestre y con los cuales se relaciona la práctica clínica. (gestión del servicio, educación, investigación y fundamentalmente asistencia clínica).

Capacidad de discernimiento ante situaciones relevantes o de rutina asegurando la resolución eficaz de problemas clínicos.

### **CONOCIMIENTOS PRÁCTICOS**

Los que son fruto del ejercicio cotidiano de los menesteres profesionales y de la asimilación de pautas culturales. Es el "saber como" [knowin how], compuesto al "saber qué" [known that]. Muchas técnicas se adquieren sin necesidad de explicaciones convencionales que indiquen porque la actitud en cuestión es posible, o al margen de enunciados formales de los principios que posibilitan la actitud técnica o conocimiento concreto. Ir en bicicleta o nadar son dos habilidades que aún no han sido objeto de una explicación teórica satisfactoria.

Capacidades adquiridas por el personal de Enfermería sin importar su nivel; a partir de asimilación del estilo de práctica en su servicio.

### **CONOCIMIENTOS TEORICOS**

Enunciado convencional de los presupuestos necesarios para que acontezcan los episodios o situaciones reales. El conocimiento teórico (el "saber qué" acerca de un fenómeno o hecho) comprende a manifestaciones formales sobre la relación causal y la relación mutua entre los acontecimientos.

Marco conceptual de referencia aplicado por el personal de Enfermería durante la práctica para resolver situaciones clínicas.

### **DISTINCIONES CUALITATIVAS PROGRESIVAS**

[graded qualitative distinctions]. Las distinciones que dependen de las actitudes perceptivas de ser humano y no son reducibles a mediciones cuantitativas elementales o sacadas de contexto. Las distinciones cualitativas progresivas o escalonadas requieren aptitudes de detección parecidas a las que quiere un perito o experto. La tonicidad de los niños prematuros, el grado de cianosis o dificultad respiratoria son ejemplo de este tipo de distinciones.

Desarrollo gradual de las actitudes y aptitudes del personal de Enfermería para la identificación de un problema clínico y su adecuada intervención a partir de su experiencia.

**EJEMPLAR**

Alusión a un ejemplo que conlleva un propósito, función significativa o desenlace, que puede comprarse o transferirse con facilidad y cuyas características objetivas pueden ser muy distintas. Un ejemplar puede ser un caso tipo para un clínico. Jun (1970) aplicó este término a los experimentos científicos que inspiran posteriores trabajos científicos. El vocablo tiene una connotación más activa que un ejemplo o caso específicos.

**EXPERIENCIA**

La actividad profesional únicamente se conceptúa como experiencia cuando el individuo sabe valorar de forma activa conceptos y expectativas preconcebidas. Esta apreciación "negativa" de la experiencia tiene ribetes positivos. Se obtiene experiencia cuando los conocimientos teóricos se ven depurados, contradichos o refutados por pruebas clínicas tangibles que o bien confirman o contradicen los postulados teóricos.

**FOMENTO DE CONOCIMIENTOS CLÍNICOS**

[clinical knowledge development]. Examen y descripción de técnicas y conocimientos clínicos que prepara la práctica clínica. Los saberes clínicos son intrínsecos al ejercicio experto de la profesión y pueden ser detectados o no mediante estudios analíticos y etnográficos en ambientes clínicos reales.

Evento altamente significativo calificado como prototipo de enseñanza e investigación.

Capacidad de valoración e integración de conceptos para explicar y afrontar una situación práctica pudiendo confirmar o contradecir dichos postulados teóricos.

Intención y capacidad del personal de Enfermería para desarrollar habilidad clínica a partir de su ejercicio cotidiano.

<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>
<p><b>MAXIMAS O CONSIGNAS</b></p> <p>Descripción crítica de una ejecución experta capaz de beneficiar al sujeto que tenga suficiente capacidad y experiencia para entender lo que se quiere expresar. Por ejemplo en el ámbito de los deportes una máxima sería: &lt;&lt;No apartes la mirada de la pelota&gt;&gt;, lo que significa poca cosa para el principiante, pero que tiene aplicación en el caso del jugador avanzado. En la práctica clínica los expertos se transmiten Máximas o recomendaciones: &lt;&lt;Existe una diferencia entre “trabajar en la zona gris”, “ir en pos del problema” y “emprenderla con el problema”&gt;&gt;. Estos matices varían (según la población hospitalaria), y para su interpretación se precisa un determinado grado de pericia clínica.</p> <p><b>MODELO DREYFUS DE ADQUISICIÓN DE HABILIDADES.</b></p> <p>Concebido por Stuart E. Dreyfus y Hubert L. Dreyfus, profesores de la Universidad de California en Berkley. Se trata de un modelo que se fundamenta en situaciones, no en los rasgos o dotes del sujeto. Dado este carácter “situacional”, el grado de aprovechamiento no puede determinarse sino mediante una validación por acuerdo de evaluadores expertos por la estimación de los resultados de una situación concreta. La solvencia o la fiabilidad se acreditan a través de un acuerdo ínter clasificador por parte de los expertos mediante valoraciones reiteradas. En su origen dicho modelo se elaboró durante un estudio sobre la actividad de los pilotos y los jugadores de ajedrez, y luego se amplió a la función de la enfermera en un estudio realizado sobre el terreno.</p>	<p>Propuestas o conjunto de recomendaciones estructuradas; derivadas de la experiencia y pericia acumulada, que en un experto aporta al conocimiento de su disciplina.</p> <p>Sistema para identificar el progreso en la adquisición de habilidades y competencias de un profesional de Enfermería en la práctica clínica.</p>

<p><b>MODELO FORMAL O REGLAMENTARIO</b></p> <p>Resumen o esquema teórico de pautas de casualidad, interacciones y vínculos. El modelo formal se basa en el conocimiento del mundo real. Consiste en una apreciación o esquema simplificado de la situación que solo toma en cuenta los factores que se estima que más repercuten en dicha situación. Los modelos formales, reglamentarios o convencionales son útiles para encauzar a los principiantes hacia una situación, de modo que formulen preguntas fructíferas y tengan en cuenta los medios, limitaciones y exigencias más destacados de la situación o coyuntura clínica.</p> <p><b>MODELOS INFORMALES O NO CONVENCIONALES</b></p> <p>Conjunto de conocimientos de orden situacional, supeditados a un contexto y fundados en la experiencia. Los modelos informales consisten en experiencias pasadas de carácter global que han adquirido el rango de ejemplares o de casos – tipo. Estos modelos se basan en el control humano y no únicamente en el saber simbólico o académico.</p>	<p>Conjunto de normas y reglas que determinan el desarrollo de la práctica clínica de los estudiantes en los servicios de Enfermería.</p> <p>Esquemas de práctica que sin violentar las normas permite adecuaciones de las mismas modificando las estrategias de relación entre los estudiantes y el personal de Enfermería a fin de favorecer el proceso de transmisión de conocimiento.</p>
<p><b>PAUTAS DESCRIPTIVAS</b></p> <p>[descriptive rules]. Formulaciones explicativas que expresan descriptivamente la uniformidad o método de la conducta. Un etnógrafo o un lingüista pueden crear pautas descriptivas para representar o explicar las simetrías que dan, por ejemplo en las pausas durante el habla. Sin embargo, no puede afirmarse en modo alguno que estas pautas descriptivas sean reglas generativas “inconscientes” que siguen los participantes. Dicho de otra manera los actos y los procedimientos no son engendrados por las pautas.</p>	<p>Conjunto de criterios explícitos que el personal de Enfermería debe aplicar durante su práctica clínica de manera que atienda al perfil de formación.</p>

### **PAUTAS GENERATIVAS**

Pautas que engendran acción. La posición adoptada en este libro es que no existen pautas generativas o estructuras profundas, leyes, mecanismos, etcétera que generen los actos de una forma mecanicista, con exclusión de todo análisis o interpretación.

### **PERICIA PROFESIONAL**

[expertise]. Solo es posible cuando el clínico verifica y valora los conocimientos teóricos y prácticos en situaciones clínicas reales. La pericia se fomenta mediante un proceso de comparación de situaciones clínicas similares y distintas entre sí, de modo que un experto tiene un profundo conocimiento general de las situaciones clínicas basado en múltiples casos – tipo anteriores. La pericia es una amalgama de saberes teóricos y prácticos.

### **PRINCIPIANTE**

[novice]. Categoría dentro del modelo Dreyfus de adquisición de habilidades en que no existe un conocimiento de base de la situación, de modo que para entrar en la situación el sujeto precisa unas guías fuera de contexto y unos atributos también al margen de las circunstancias reales. Es raro que una enfermera diplomada sea principiante pero cabe en lo posible. Así, una enfermera experta en gerontología podría ser principiante en una UCI de recién nacidos. Muchas estudiantes de primer curso de Enfermería comienzan a este nivel, pero las alumnas que han tenido experiencia como ayudantes no pueden considerarse principiantes en lo relativo a los cuidados generales básicos. En este libro hay que calificar de principiantes las enfermeras recién diplomadas, pues en la mayoría de los casos la enfermera que acaba de obtener el título se desenvuelve en la categoría de principiante avanzada.

Son el conjunto de criterios que facilitan y motivan al desarrollo de conductas que permiten trascender la práctica clínica.

Nivel de conocimientos que tiene el personal de Enfermería para verificar y valorar la teoría en su propia práctica.

Personal de Enfermería que expresa y demuestra su necesidad de ser asistido o acompañado en la realización de una intervención clínica.

<p><b>PRINCIPIANTE AVANZADO</b></p> <p>Categoría del modelo Dreyfus. Se refiere a la persona que es capaz de acreditar una ejecución marginalmente aceptable, que se ha encarado con suficientes casos situaciones reales para captar por si misma –o por haber sido alertada por un tutor- la presencia de componentes situacionales significativos que aparecen reiteradamente. La principiante avanzada tiene un pozo de experiencia suficiente para identificar los aspectos de una situación.</p>	<p>Personal de Enfermería que es capaz de desarrollar una intervención clínica basándose en sus conocimientos sobre normas y procedimientos.</p>
<p><b>PROMINENCIA</b></p> <p>[saliencia]. Condición por la que determinados aspectos destacan por su mayor o menor importancia en el marco de una situación. La prominencia es una actitud perceptiva o un saber intrínseco por el que una persona no tiene necesidad de evaluar analíticamente los aspectos más descollantes de una contingencia o coyuntura clínica, sino que sencillamente se le presentan como más relevantes que otros. Las personas dotadas de esta calidad ignoran selectivamente los aspectos más importantes de una situación (desde la perspectiva aprendida) y son sensibles a los matices que pueden influir en los aspectos más significativos. Esta concepción de la prominencia no depende de una noción de carácter representativo, sino que más bien pone de manifiesto que el sujeto cognitivo (a diferencia de un ordenador) tiene acceso directo a la situación gracias a su preparación y a una actitud de compromiso o vinculación. Para el experto lo prominente es algo que se da por supuesto, por que resulta obvio o “por que las cosas son exactamente como son”. Sin embargo si el experto quiere mantener o ampliar su grado de pericia, tendrá forzosamente que poner en entredicho lo que se le aparece como prominente, y su punto de vista variará en función de los nuevos datos de que se dispone y de la experiencia.</p>	<p>Atributo del personal de Enfermería experto en la resolución de problemas clínicos.</p>

**SIGNIFICADOS COMÚNES**

Conocimientos asumidos o básicos que no se intercambian socialmente con una forma explícita. Los significados comunes facilitan que las personas puedan comunicarse directamente y comprenderse sin necesidad de interpretación o traducción. Los individuos que tienen en común una misma cultura y un mismo idioma poseen un trasfondo de significados comunes. Las subculturas como grupos de carácter disciplinar (grupos de trabajo), elaboran trabajos que integran en su trabajo y en sus expectativas.

**UTILIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS**

La aplicación de teorías y conocimientos obtenidos a través de la investigación de los últimos hallazgos científicos y tecnológicos en el medio clínico.

Capacidad de compartir y comprender un lenguaje común derivado e inherente al ejercicio clínico.

Capacidad de aplicar la teoría en una situación concreta.



## 6.- MATERIAL; METODOS Y PROCEDIMIENTOS.

### 6.1 TIPO DE DISEÑO

Se propone un estudio observacional transversal, de corte cuantitativo para variables sociodemográficas y variables actitudinales en el formato Lickert.

### 6.2 UNIVERSO DE TRABAJO

Estudiantes de la Licenciatura en Enfermería en la zona centro del país.

### 6.3 POBLACIÓN

Alumnos de quinto y sexto semestre que hayan terminado o estén realizando la práctica clínica hospitalaria en una institución de segundo o tercer nivel de atención.

### 6.4 MUESTRA

De una población total de alumnos que hayan terminado su práctica clínica, se diseñará una muestra de análisis de proporciones a partir de una prueba piloto con la siguiente fórmula:

**(z<sup>2</sup>) (p) (q)**

$$n = \frac{\text{-----}}{d^2}$$

donde:

**z<sup>2</sup>**, corresponde al tipo de distribución de la población, que en este caso es igual a **3.84**.

**p**, equivale a la proporción de la población que **contiene** la variable de estudio.

**q**, representa la proporción de la población que **no contiene** la variable de estudio bajo el criterio (**p + q = 1**).

**d<sup>2</sup>**, corresponde al margen de error aceptado en el estudio y en este caso será de **0.5**.

## DESARROLLO

$$\frac{(3.84)^2 (.08) (.92)}{(0.0025)} = 113$$

**N**, corresponde al tamaño de la muestra, la cual está definida mediante la fórmula y estructurada en forma aleatoria con un tamaño definitivo de 113 unidades de observación.

### 6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Alumnos de la Licenciatura de Enfermería que hallan realizado prácticas clínicas en hospitales de segundo o tercer nivel de atención.
2. Estudiantes de Licenciatura, preferentemente de quinto semestre.
3. Alumnos que quieran ser entrevistados el día definido para la medición de variables.
4. Alumnos que contesten el cuestionario de forma voluntaria y completa.

## 6.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Alumnos que no sean de la Licenciatura de Enfermería y aquellos que no hayan realizado prácticas en hospitales de segundo y tercer nivel de atención.
2. Estudiantes de otra institución o de nivel Técnico.
3. Alumnos que no quieran ser entrevistados.
4. Alumnos que no contesten de forma voluntaria.

## 6.7 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Cuestionarios incompletos
2. Personas que se rehúsen a participar de forma voluntaria
3. Estudiantes de nivel técnico

## 6.8 PROCESO ESTADÍSTICO DE DATOS

### 6.8.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se hará mediante el método de encuesta aplicando al número de formularios a partir del valor establecido en el tamaño de la muestra. Se escoge el método de encuesta atendiendo a que se evalúa un número específico de variables en una población cerrada.

El instrumento a utilizar será una escala tipo Lickert, con 30 ítems (15 positivos y 15 negativos) mismos que evalúan la interacción enfermera – estudiante; dominio clínico de la enfermera (o); objetivo de la práctica; tiempos y servicios asignados para la misma y la interacción estudiante – estudiante.

Se seleccionó un grupo aleatorio de alumnos pertenecientes al quinto y sexto semestre del ciclo 2008/2.

### 6.8.2 RECUENTO, CLASIFICACIÓN Y ANÁLISIS

Para el recuento, clasificación y análisis se utilizará el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS). Clasificación propuesta de Asociación de ítems positivos y negativos, 1-30

La presentación se hará en cuadros con sus respectivas gráficas, considerando que en este caso se trata de variables cualitativas, los gráficos serán gráficos de barras simples, asociadas, subdivididas y de sectores.

Para el análisis se aplicó primero el método de validación del instrumento denominado **alfa de Crombach** o **coeficiente alfa**. Se hará el análisis descriptivo mediante valores simples y acumulados:

```
***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****
RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)
N of Cases = 137.0
Reliability Coefficients 32 items
Alpha = .7144 Standardized item alpha = .7088
```

Como prueba de hipótesis para asociar variables, utilizará la prueba de X<sup>2</sup> y correlación de Pearson.

## 6.9 CRITERIOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA ESCALA

CATEGORIA	CALIFICACIÓN				
<b>POSITIVOS</b>	5 Siempre	4 Casi Siempre	3 Ocasionalmente	2 Nunca	1 Casi Nunca
<b>NEGATIVOS</b>	5 Siempre	4 Casi Siempre	3 Ocasionalmente	2 Nunca	1 Casi Nunca

CATEGORIA	CALIFICACIÓN		
<b>POSITIVOS</b>	5 Total Acuerdo	4 De Acuerdo	3 Ni Acuerdo Ni Desacuerdo
	2 Desacuerdo	1 Totalmente En Desacuerdo	
<b>NEGATIVOS</b>	5 Total Acuerdo	4 De Acuerdo	3 Ni Acuerdo Ni Desacuerdo
	2 Desacuerdo	1 Totalmente En Desacuerdo	

### 6.9.1 ESCALA LIKERT

La escala Likert consta de varios enunciados declarativos que expresan un punto de vista u opinión sobre un determinado tema y con respecto a los cuales se pide al informante que indique el grado en que concuerda o no.

El primer paso consiste en reunir un cúmulo grande de reactivos o enunciados que expresen claramente diferentes posturas respecto al tema en consideración. Deben evitarse los enunciados neutro o aquellos cuyo carácter extremo llevaría a esperar que casi cualquiera concuerde con ellos o los rechace, pues el propósito es distribuir las distintas actitudes o características de los integrantes de la muestra a lo largo de un continuo. Serán seleccionados un número similar o igual de enunciados positivos o negativos para evitar sesgos en las respuestas.

Existen diferentes opiniones respecto al número de alternativas de respuesta, sin embargo Likert utilizaba cinco categorías, las mismas que serán usadas en este estudio.

Una vez que se ha aplicado la escala, las respuestas deben calificarse con base en la asignación de una mayor puntuación a la aceptación de los enunciados expresados de modo positivo o bien correlativamente a la no aceptación de los enunciados expresados negativamente. La posibilidad de sumar las respuestas permite discriminar a los individuos que tienen diferentes opiniones.

### 6.9.2 RELACIÓN DE ITEMS

ITEMS POSITIVOS	ITEMS NEGATIVOS
1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 29, 31	2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32

## 7. ORGANIZACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN

### TESISTAS:

Araceli Aparicio Miranda.  
Jesús Antonio Villarreal Avalos.

### ASESORÍA:

Lic. Teresa Sánchez Estrada.

RESPONSABLES	FUNCIONES	ACTIVIDADES
Araceli Aparicio Miranda.  Jesús Antonio Villarreal Avalos.	Planeación  Ejecución  Evaluación del proyecto	<p>Para la planeación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Consulta bibliográfica</li> <li>● Análisis y síntesis de documentos.</li> <li>● Construcción del marco teórico.</li> <li>● Definición de material y métodos.</li> </ul> <p>Para la ejecución:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Recolección de datos</li> </ul> <p>Para la evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Aplicación de SPSS para tratamiento de la información.</li> <li>● Elaboración del informe final.</li> </ul>

## 8. PRESUPUESTO

Los gastos de desarrollo del estudio serán absorbidos por los tesistas.

## 9. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo con lo establecido por la Ley General de Salud en Investigación, en este estudio se mantiene la confidencialidad de la información y los hallazgos estarán disponibles para los participantes a través del informe final.

## 10. RESULTADOS

Se obtuvieron directamente de la interpretación de los cuadros y gráficas.

### 10.1 DESCRIPCIÓN:

#### DESCRIPCIÓN 1-30:

Los datos muestran que solo en el 26.3% de casos las enfermeras siempre han estado dispuestas a instruir a los estudiantes. El 39.4% se ubico en el rubro de casi siempre, destacando un 30.7% quienes dicen que ocasionalmente estuvo la enfermera dispuesta a instruir a los estudiantes. Al preguntar al alumno sobre la capacidad de la enfermera para instruir el 33.6% reportan que casi nunca han sido asignados con una enfermera que tenga nula capacidad de instrucción, no obstante el 29.2% dice que ocasionalmente fue asignado con un enfermera sin capacidad de instrucción. Un 11.7% dice que casi siempre lo asignaron con enfermeras que no le enseñaron nada. Destaca el 17.5% quienes nunca han sido asignados con una enfermera que tenga nula capacidad de instrucción.

#### DESCRIPCIÓN 2-29:

Los resultados muestran solo el 4.4% de los alumnos encuestados están totalmente de acuerdo en permanecer con el mismo grupo de pacientes para afianzar sus conocimientos. El 23.4% esta de acuerdo, mientras que 26.3% se ubicó en el rubro ni acuerdo ni desacuerdo. Al preguntar al alumno si considera que al estar con el mismo grupo de pacientes atrasa su aprendizaje clínico obtuvimos que el 10.9% esta totalmente en desacuerdo, un 36.5% está en desacuerdo, el 26.3% dice que ni acuerdo ni desacuerdo, no obstante que el 19.7% esta de acuerdo que trabajar con el mismo grupo de pacientes durante su práctica, atrasa su aprendizaje clínico.

#### DESCRIPCIÓN 3-28:

Los datos muestran que solo el 12.4% de casos el alumno fue signado con una enfermera que ayudo al alumno a integrar sus conocimientos teórico prácticos. Mientras que el 51.8% esta de acuerdo. El 13.9% se coloca el ni acuerdo ni descuerdo. El 29.9% refiere que ocasionalmente el alumno fue asignado con una enfermera que tiene francas dificultades par integrar teoría y práctica, el 10.9% dice que casi siempre y el 3.6% dice que a la enfermera con quién lo asignaron se le dificulta integrar la teoría con la práctica.

**DESCRIPCIÓN 4-27:**

Los resultados muestran que el 47.4% de los encuestados esta en desacuerdo y no consideran que la profesora tenga escasa influencia en su aprendizaje durante la práctica clínica, el 25.5% esta totalmente en desacuerdo, mientras que el 13.1% esta de acuerdo en que la profesora tiene escasa influencia en su aprendizaje. El 29.2% responsabiliza a la profesora de su aprendizaje durante la práctica clínica, mientras que el 45.3 no esta de acuerdo, cabe señalar que el 1.5% no respondió a la pregunta.

**DESCRIPCIÓN 5-26:**

Los datos muestran el 47.5% de los alumnos encuestados acepta que fue asignado con una enfermera que verificó la interpretación que hizo de sus explicaciones, el 25.5% refiere que solo ocasionalmente y el 27% que nunca verificó la enfermera su interpretación. El 45.3% de los alumnos encuestados menciona que la enfermera no ignoró sus interpretaciones, mientras que el 32.8% refiere que ocasionalmente, el 18.9% menciona que casi siempre la enfermera ignoró sus interpretaciones.

**DESCRIPCIÓN 6-25:**

Los resultados muestran que el 69.4% de los encuestados apoyan la interacción con alumnos de otra escuela o semestre para fomentar la adquisición de conocimientos durante la práctica clínica. El 8.7% no esta de acuerdo, mientras que el 17.5% se ubica en el rubro ni acuerdo ni desacuerdo. El preguntar si la interacción con alumnos de otra escuela o semestre durante la práctica clínica deteriora la adquisición de conocimiento el 64.3% estuvo en desacuerdo, mientras que un 15.3% se ubicó en ni acuerdo ni desacuerdo, el 19.7% está de acuerdo.

**DESCRIPCIÓN 7-24:**

Los resultados muestran que al preguntar si se realizaron intervenciones conjuntas con la enfermera para el cuidado del paciente tenemos que el 65.7% dijo haberlas realizado, el 8.1% casi nunca y nunca y el 26.3% ocasionalmente. El 46.% de los alumnos encuestados reconoce que la enfermera con quién lo asignaron no realizó sus intervenciones sin su presencia, el 29.2% dice que ocasionalmente y el 22.6% menciona que si se realizaron intervenciones sin su presencia.

**DESCRIPCIÓN 8-23:**

Los datos mencionan que el 41.6% esta en desacuerdo que la relación entre alumnos de distinto nivel sea irrelevante para la transmisión del conocimiento, 12.4% esta de acuerdo el 22.6 se menciona no estar ni acuerdo ni en desacuerdo, el 12.4% totalmente en desacuerdo. Al preguntar si la relación con alumnos de nivel técnico y licenciatura mejora el proceso de transmisión de conocimiento tenemos que el 67.2% esta de acuerdo, el 19.7% menciona ni acuerdo ni desacuerdo, y el 11.6% esta en desacuerdo.

## DESCRIPCIÓN 9-22:

Los datos mencionan que un 40.9% de los alumnos encuestados dice que la enfermera identifico sus temores y dudas, el 33.6% solo ocasionalmente y un 24.8% no lo hizo. Un 0.7% no respondió a la pregunta. El 32.8% de los alumnos encuestados menciona la enfermera con quién fue designado subestimó sus dudas y temores, mientras que el 34.3% ocasionalmente y el 31.4% si subestimo sus dudas y temores durante la práctica clínica.

## DESCRIPCIÓN 10-21:

El 45% de los alumnos se encuentra en desacuerdo con la permanencia en un solo servicio durante la practica clínica, un 17% esta totalmente en desacuerdo y un 18 % aproximadamente compagan con la idea de establecerse en un solo servicio.

En la pregunta de no permanencia un 36% se encuentra de acuerdo y un 51% en total acuerdo con la rotación de los servicios, menos del 5% se encuentra en contra de esta idea.

## DESCRIPCIÓN 11-20:

Un 38% manifestó que la enfermera con la cual realizaron su práctica nunca se comporta como principiante y un 32% lo expresó como casi nunca. Menos del 5% le toco el caso de una enfermera que se comportara como principiante.

Al tratarse de enfermeras con mucha experiencia clínica un 52% estuvo de acuerdo en que tal era el comportamiento de la enfermera con la cual fue designado y un 16% estuvo en total acuerdo. El 20% no estuvo de acuerdo con este enunciado. Y menos del 10% estuvo en desacuerdo con la idea de que la enfermera tuviera experiencia.

## DESCRIPCION 12-19:

Alrededor de un 50% estuvo de acuerdo con el enunciado de que la enfermera no es la responsable de su aprendizaje clínico y un 25% se encuentra den desacuerdo, un 21% no esta de acuerdo ni desacuerdo. A l preguntar sui la enfermera con quien fui designado es la responsable directa de mi aprendizaje clínico, casi un 60% estuvo en desacuerdo, el 20% ni acuerdo ni desacuerdo mientras el 18% esta de acuerdo.

## DESCRIPCION 13-18

En el manifiesto de si la enfermera se comporta como principiante avanzado un 42% dijo que ocasionalmente así era, un 30% manifestó que nunca y aproximadamente un 25% opinó que siempre. Y en el enunciado del desconocimiento de técnicas y protocolos, un 40% dijo que nunca fue el comportamiento de la enfermera, un 35% dijo ocasionalmente y aproximadamente el 25% que siempre los desconoció.



**DESCRIPCIÓN: 14-17**

Un 32% estuvo en desacuerdo con que sea superflua la interacción con otros estudiantes para la transmisión del conocimiento, un 23% no manifestó tendencia, y el 43% si consideró poco importante la interacción con otros estudiantes.

En la pregunta directa sobre la importancia de la interacción con otros estudiantes para la transmisión de conocimientos un 68% lo consideró como importante siempre el 24% como ocasionalmente y menos del 5% declaró que nunca era importante.

**DESCRIPCIÓN 15-16:**

El 35% de la población manifestó que la enfermera siempre integró sus conceptos a la práctica. Un 43% expresó que ocasionalmente era su caso y un 21% que nunca hubo tal integración.

En la no correlación de la práctica y la teoría un 53% indicó que nunca hubo omisión de esta correlación, un 25% dijo ocasionalmente y un 21% que siempre existió la omisión.

**DESCRIPCION 31-32:**

El 80% de la muestra manifestó que siempre se favorece el proceso de aprendizaje, un 15% indica ocasionalmente, y solo un 4% que nunca. En la pregunta contraria, un 53% dijo que nunca es desfavorable, 21% que ocasionalmente y el 23% que siempre es desfavorable.

## 10.2 ANALISIS:

### ANALISIS 1-30:

No cabe la menor duda de que el personal de Enfermería al que se le designan estudiantes tiene la disposición para la instrucción, sin embargo se carece de una técnica adecuada para transmitir sus conocimientos, y el mismo personal no sabe toda la información que posee, la cual al no registrarse se pierde. Es importante destacar que hay una falta de tiempo debido al número de pacientes y alumnos que le son asignados a cada enfermera, razón por la que algunos alumnos perciben que no hay dicha disposición e incluso que no tiene la capacidad para la instruir, sin embargo también es importante reconocer que en algunos casos los alumnos no muestran disposición ante el aprendizaje lo cual llega a ser interpretado por la enfermera de manera negativa.

### ANALISIS 2-29:

Trabajar con un mismo grupo de pacientes no garantiza la experiencia en un área, tomando en cuenta el periodo tan corto de la práctica clínica, muchas veces durante el periodo teórico se entiende que el alumno se le debe proveer del mayor número de experiencias significativas para aprender lo más que se puede, por lo que genera la creencia de que es necesario que se le permita al alumno conocer el funcionamiento del mayor número de servicios y participar en las funciones correspondientes a Enfermería. Sin embargo es necesario que desarrolle un nivel de dominio en las acciones que realiza, para que exista un adecuado aprendizaje clínico. Benner nos habla acerca de la repetición de una situación para lograr un determinado grado de dominio que conduzca a la experiencia.

### ANALISIS 3-28:

Benner hace mención que "la teoría es un instrumento de suma utilidad para explicar los conceptos y efectuar previsiones, configura los temas y facilita el análisis sistemático de una sucesión de acontecimientos". De esta manera es de suma importancia que la enfermera a quién le son designados alumnos tenga la capacidad de integrar la teoría y práctica, aún cuando para el personal no siempre es fácil explicar sus acciones cotidianas, de ahí la importancia de registrar los avances prácticos. El personal de Enfermería lleva una rutina de trabajo que le facilita su práctica diaria sin embargo cabe destacar que para llevar a cabo la práctica se tuvo que pasar por una parte teórica que si no esta bien clara puede generar vacíos que son transmitidos a los alumnos que se encuentran a su cargo.

### ANALISIS 4-27:

Los profesores son el pilar que va a influenciar al alumno en el aprendizaje clínico, los expertos que nos introducen a la investigación de cada uno de los casos que se nos presentan durante la práctica clínica, sin embargo hay que reconocer que el alumno acepta la influencia del maestro y no lo responsabiliza de su aprendizaje durante la práctica, por que se considera como único responsable de su aprendizaje, tenemos que recordar que todo individuo aporta su formación cultural con premisas intelectuales y aptitudes de aprendizaje a una situación clínica concreta.

**ANALISIS 5-26:**

Las enfermeras al verificar la interpretación de sus explicaciones permiten el desarrollo de habilidades y particularidades durante la práctica a lo que los expertos llaman "transacción de sabiduría personal", de la cual el alumno tomará lo más significativo para aplicarlo en el transcurso de su práctica. El personal de Enfermería al presentar dificultad para la transmisión de conocimientos, no le da importancia a la interpretación que el alumno puede dar a sus explicaciones quizá por que no lo considera como parte de su trabajo o tal vez por que al no estar actualizada oculta su ignorancia respecto a las preguntas que le pueden surgir al alumno a su cargo. Benner dice que "la pericia profesional facilita la interpretación de situaciones clínicas". Si la enfermera designada verifica las interpretaciones permite corregir aquello que no quedo del todo claro, desarrollando juicios interpretativos en favor proceso de transmisión del conocimiento.

**ANALISIS 6-25:**

Los alumnos están conscientes que la Enfermería requiere de interactuar con nuestro entorno para desarrollar nuestras capacidades y poner a prueba nuestros conocimientos, la interacción directa con alumnos de otra escuela o semestre permite identificar fallas o aciertos respecto a nuestros conocimientos teórico – prácticos para corregirlos y desarrollar nuestra práctica clínica de manera satisfactoria. Entre alumnos se genera confianza que permite el ejercicio de la crítica constructiva y toma de decisiones. Defender nuestros conocimientos con bases científicas nos permite reconocer nuestros límites sin ofender a nuestros colegas.

**ANALISIS 7-24:**

Aún cuando los alumnos reconocen que la enfermera realiza intervenciones conjuntas, para la enfermera un alumno no deja de ser una carga que le puede ayudar a sacar de manera más rápida su trabajo o atrasarla totalmente, muchas de ellas aunque tienen la disposición y realizan intervenciones conjuntas no saben como incentivar al alumno para sacar adelante su práctica clínica de una manera satisfactoria. Aquí podemos tomar como modelo para la adquisición de habilidades a Dreyfus y sus cinco categorías en las que se identifica el progreso y las competencias de un profesional de Enfermería en la práctica clínica, ya que se basa en situaciones concretas dando de forma gradual labores cada vez más complejas.

**ANALISIS 8-23:**

Los alumnos reconocen que el tener relación con alumnos de distinto nivel mejora el proceso de transmisión del conocimiento, ya que entre alumnos se genera respeto, confianza e implícitamente seguridad de estar con alguien a quien se le puede preguntar sin temor a que se burle pues si está en un nivel superior sabe lo que es estar en su lugar y si se encuentra en un nivel inferior podemos instruirlo, generando el entusiasmo la transmisión del conocimiento enfermero

**ANALISIS 9-22:**

Benner dice que las facultades perceptivas y detectoras que poseen las enfermeras clínicas son una especie de "virtuosismo" profesional o "arte" de la pericia clínica, la consignación o registro descriptivo e interpretativo de este virtuosismo, revelara siempre conocimiento clínico de una enfermera. Si la enfermera utiliza esta virtud para detectar en el alumno sus temores y dudas le ayudara a afrontarlos y mejorar el desarrollo de la práctica clínica. Para que un estudiante pueda sacar el mayor provecho de la práctica clínica es necesario que ensaye e imagine activamente la situación.

**ANALISIS 10-21:**

Si sumamos los porcentajes a favor de la rotación y la no permanencia en un solo servicio nos encontramos con una gran mayoría, prácticamente tres cuartas partes de la población encuestada a favor de la versatilidad de práctica durante la estancia en práctica clínica, y en contra un número que aunque significativo no es tan importante como el anterior. Sin duda alguna para lograr un nivel de dominio es necesaria la repetición de la situación, y para ello es necesario ampliar el tiempo de permanencia en un servicio.

**ANALISIS 11-20:**

Benner dice que los estudiantes no son los únicos que pasan a ser principiantes, toda enfermera que inicia funciones en un servicio clínico del que no tiene experiencia, puede ser retrocedida a la categoría de principiante por el hecho de no estar familiarizada con los objetivos de la atención. Considerando los dos enunciados presentados, podemos decir que la gran mayoría de los alumnos se encontraron con enfermeras expertas durante la práctica, en este caso es visible que la mayor parte del personal hospitalario domina ya sus conocimientos prácticos, y un numero muy reducido estuvo trabajando con personal quizá novato avanzado o aventajado en el arte y ciencia de la enfermería, tal vez por una corta vida laboral o por falta de diligencia al ejercer la práctica.

**ANALISIS 12-19:**

Más de la mitad de los aprendices encuestados concuerda con la idea de no responsabilizar de su propio aprendizaje a la enfermera con la cual fueron asignados durante su práctica, la cuarta parte si le atribuye algún grado de responsabilidad y otra cuarta parte no externa una opinión definida al respecto. Benner toma a Dreyfus para explicar el proceso de aprendizaje y dice: la acción del alumno al aprender una técnica suele ser vacilante, rígida y en espera de instrucciones; aquí es donde la enfermera experta responsable del alumno brinda seguridad y confianza, y corrige de forma discreta sin darse a notar ante el paciente las faltas que puede cometer el alumno a su cargo.

**ANALISIS 13-18:**

Podemos inducir con base en estos resultados que menos de la mitad de las veces la enfermera del servicio no se comporta como principiante avanzado y si en mayor medida como aventajado, la tendencia en estas dos respuestas fue muy medial con tendencia negada tal vez porque el personal del servicio no logra encajar en estas dos categorías, lo cual es muy probable dado que en su mayoría el personal hospitalario ya posee una gran cantidad de conocimientos prácticos y es difícil catalogarlos dentro de los niveles básicos del dominio de la Enfermería.

**ANALISIS 14-17:**

La cuarta parte de nuestra población no manifestó ninguna tendencia, después de eso la mayor parte se inclina a la interacción con otros alumnos para la transmisión del conocimiento, inferimos que es importante el trabajar en conjunto con otros principiantes, con el fin de ampliar las experiencias que adquirimos e intercambiarlas horizontalmente con nuestros compañeros y en conjunto crear una nueva experiencia o complemento de la misma quizá basado en la especulación de las vivencias de otro que aunque está en el mismo nivel de aprendizaje, ha vivido su realidad de manera diferente.

**ANALISIS 15-16:**

Ambos enunciados son contraparte, por lo que promediando el 35% de los alumnos que dijeron que siempre existió correlación entre la teoría y la práctica, con el 53% que se inclinó por el nunca a ala no correlación, obtenemos un 44% que manifestó que la enfermera de su servicio sabe integrar conceptos de tal manera que puede aprobar o rechazar la teoría y relacionarla con su práctica cotidiana. Según Benner estas acciones son las características que podemos encontrar en una experta por lo que podemos afirmar que la mitad del tiempo las enfermeras evaluadas por los alumnos de nuestra muestra, se comportan como verdaderas expertas. Una tercera parte de nuestros encuestados coincide que este comportamiento solo se ve de manera ocasional y los que no estuvieron de acuerdo en haberse encontrado con personal experto son la quinta parte. Podemos decir que la mayor parte del tiempo se comportan como expertas, aunque existe un índice importante del comportamiento contrario.

**ANALISIS 31-32:**

Las cuatro quintas partes de la población entrevistada concuerdan con la idea de interactuar con alumnos de especialidad, este dato es muy significativo, el resto de la muestra en su mayoría manifestó ocasionalmente. Esta gran preferencia quizá se deba a que el alumno de especialidad posee una dualidad, pues por un lado es ya por lo menos aventajado y en su especialidad está siendo alumno nuevamente, por lo cual podríamos considerarlo un "eslabón" entre el novato y el experto, ya que según Benner comúnmente el personal de enfermería "experto" suele transmitir instrucciones crípticas para el novato, las cuales solo podría descifrar si tuviera un conocimiento mas profundo de la situación, es ahí donde entra el alumno de especialidad, ya que bajo este patrón de comunicación lo podríamos considerar un intérprete y a la vez tutor del novato.

## 11.- CONCLUSIONES

Se estructuraron a partir del análisis y contrastación de cada uno de los resultados contra el marco referencial propuesto por Patricia Benner y los investigadores afines.

### CONCLUSIÓN 1-30:

El factor más importante es que si existe disposición por parte de las enfermeras, aún cuando no hay la técnica adecuada para la instrucción, solo falta encontrar la técnica correcta y aplicarla para mejorar el desarrollo del aprendizaje clínico.

### CONCLUSIÓN 2-29:

La permanencia del alumno con un mismo grupo de pacientes no es del todo favorable para el aprendizaje ya que no le permite conocer el funcionamiento y características de otros grupos de pacientes, si tomamos en cuenta que el tiempo durante la práctica clínica es relativamente corto no vamos para hacernos expertos en un solo grupo, vamos para conocer el mayor número de casos y desarrollar nuestra capacidad de observación y análisis para poder poner en práctica los conocimientos prácticos.

### CONCLUSIÓN 3-28:

La enfermera al estar laborando adquiere destreza para desarrollar sus actividades que para ella son cotidianas y en algunos casos ya les resultan monótonas, por lo que las técnicas y procedimientos van sufriendo modificaciones que no se registran, lo cual no permite modificar la teoría actualizándola. Es importante considerar que aquello que no se practica con el paso del tiempo se olvida y va generando vicios y mañas.

### CONCLUSIÓN 4-27:

La profesora tiene la responsabilidad de guiar al alumno, apoyarlo y aclarar en la medida de lo posible aquellas dudas que lo asalten, pero si es importante no dejar caer la responsabilidad del aprendizaje en una sola persona, lo que si no se puede quitar es la responsabilidad de mejorar sus técnicas de enseñanza y lograr que la influencia que tenga sobre el alumno sea siempre positiva.

### CONCLUSIÓN 5-26:

lamentablemente nos damos cuenta que a la enfermera no le interesa verificar que al alumno le haya quedado clara la explicación dada del procedimiento que se realiza en conjunto, y de esa manera se deslinda de la responsabilidad de tener a un alumno a su cargo que la retrase en lo que considera su rutina de trabajo.

**CONCLUSIÓN 6-25:**

El alumno se encuentra en un proceso de aprendizaje por lo que interactuar con alumnos de otra escuela les permite poner a prueba sus conocimientos teóricos despejando dudas y generando el interés por investigar aquello que no este del todo claro, además al haber intercambio de conocimientos permite llevar a cabo el trabajo en equipo para el cuidado óptimo del paciente.

**CONCLUSIÓN 7-24:**

Tenemos que reconocer que la enfermera tiene una gran responsabilidad al tener a su cargo a un alumno para su instrucción, es por esta razón que al interactuar junto con él de una manera correcta se reafirmen los conocimientos teóricos con los que el alumno llega y no para ser utilizado con fuerza laboral y que desarrolle todo aquello que no le guste hacer a la enfermera.

**CONCLUSIÓN 8-23:**

El alumno al compartir sus conocimientos y experiencias no solo fomenta el proceso de transmisión de conocimientos sino que lo mejora pues se vuelve una persona más segura durante su práctica clínica y permite al docente la detección de fallas en el sistema enseñanza para que sean corregidas.

**CONCLUSIÓN 9-22:**

Este es un aspecto muy difícil de evaluar por parte de los alumnos encuestados, tal vez por que en ocasiones las enfermeras se dedican a marcar errores, pero no a identificar los problemas prácticos que el alumno pudiera tener. Y es precisamente aquí en la adquisición del conocimiento práctico donde surgen los temores y las dudas de ejecución, tal vez el experto de Enfermería debería enfocarse más a analizar las situaciones nuevas y dubitativas con las que se enfrenta el novato a fin de ayudarlo a remitir tales situaciones

**CONCLUSIÓN 10-21:**

Durante la práctica desgraciadamente no hay una homologación respecto a las acciones que cada alumno debe desempeñar, ya que depende en gran medida del factor humano, es decir de la enseñanza de los expertos y de el tipo de servicio en el cual se encuentra el alumno, es por esto tal vez que los alumnos sientan la preferencia de la rotación con el fin de rellenar los posibles huecos de aprendizaje práctico que surgen en la estancia por los servicios.

**CONCLUSIÓN 11-20:**

Inferimos que el personal hospitalario posee ya una amplia gama de conocimientos prácticos en el ejercicio de la enfermería pues es grandiosa la propensión de haber estado practicando junto a personal avezado. En este aspecto poco hay que preocuparnos de la experiencia del personal ya que los resultados arrojados hablan por si mismos.

**CONCLUSIÓN 12-19:**

Aunque sabemos que el aprendizaje en campo clínico es multifactorial, ya que depende del tipo de servicio, horario, cantidad de personal y experiencia del mismo, tipo y cantidad de usuarios atendidos, los estudiantes no derivan una responsabilidad directa sobre la enfermera del servicio en relación con su propio aprendizaje, tal vez esto se deba a que lo consideran propio e independiente de los múltiples factores que hemos mencionado. De todas maneras no debemos olvidar que según Benner la transmisión del conocimiento enfermero se debe de dar en el binomio Experto-Novato, por lo cual no podemos ni debemos quitarle a la enfermera la responsabilidad directa aunque no absoluta del aprendizaje clínico del novato.

**CONCLUSIÓN 13-18:**

Dentro del modelo Dreyfus enfocado por Benner podemos encontrar que el personal de enfermería tiene características definidas en su nivel de competencia clínica en este enunciado nos enfocamos a descubrir a los que tengan la categoría de aventajados, dado que la mayor parte manifestó que ocasionalmente esa era la ejecución de la enfermera, podemos decir que estamos en el peldaño deseable para la práctica clínica pues podemos decir que por lo menos el personal es capaz de acreditar una ejecución marginalmente aceptable, que se ha encarado con suficientes casos situaciones reales para captar por si misma –o por haber sido alertada por un tutor- la presencia de componentes situacionales significativos que puedan surgir con buen dominio de sus protocolos.

**CONCLUSIÓN 14-17:**

Sin duda alguna la interacción con otros alumnos favorece la transmisión del conocimiento y permite el desarrollo de una práctica clínica con beneficio para todos los que participan en ella, pero sobre todo el conocimiento de personalidades diferentes con criterio y opiniones diversas que ayuda en el ejercicio diario de toma de decisiones respecto a la interpretación de datos y la forma de practicar el cuidado enfermero. Todo el personal de Enfermería debe estar dispuesto a convivir con la gran diversidad de ideas y conceptos que puede llegar a tener la práctica clínica.

**CONCLUSIÓN 15-16:**

Toda persona que pase por el proceso de enseñanza aprendizaje o en la que esté implícita la transmisión de conocimientos tiene como modelo a Dreyfus, pues se debe iniciar de lo sencillo para poder llegar y comprender lo complicado, también es importante destacar que para un experto muchas veces es difícil evaluar al novato y sin duda alguna para el novato será más difícil reconocer al experto. Es muy difícil que un alumno que no ha tenido muchos casos prácticos reales en los que haya participado de una manera destacable tenga parámetros para evaluar si es experto o no el personal con quién ha sido designado. Aunque hay que tomar en cuenta que el personal de gran experiencia se dará a conocer ante quien sea por medio de su diligencia en los hechos.



Sin duda alguna la mayoría de las enfermeras se desempeñan como expertas en el cuidado del paciente.

#### CONCLUSIÓN 31-32:

Es recomendable permitir la interacción de los principiantes con todos los niveles de adquisición de habilidades y no nada mas con los expertos, pues como ya habíamos estipulado, los expertos en ocasiones no transmiten sus ideas de manera clara para el novato. Durante la práctica clínica debemos de identificar a los alumnos de especialidad para poder intercalar con ellos a los principiantes para que en la medida de lo posible los puedan ayudar para avanzar en la escala de conocimiento práctico.

## 12. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

Se plantean algunas propuestas factibles a partir de los elementos que podemos derivar desde las conclusiones.

### SUGERENCIA1-30:

Capacitar al personal de Enfermería en el área de docencia e investigación para que se registren los avances y se diseñen mejores técnicas para transmitir sus conocimientos y lograr un mejor desarrollo de la práctica clínica.

Reconocerle al personal de Enfermería que sus conocimientos son clave para el desarrollo de nuestra práctica clínica.

Demostrar como alumno la disposición para el aprendizaje.

### SUGERENCIA 2-29:

Rotar por el mayor número de servicios posible, esto genera confianza ya que a futuro llegamos a rotar nuevamente ya en otros hospitales.

Dar preferencia y tiempo al servicio que corresponda al bloque teórico del semestre correspondiente.

Elaborar planes de cuidado que pueden ser mejorados y continuados por los alumnos que entren al mismo servicio, facilitando no solo la elaboración de dichos planes sino también la identificación de necesidades.

### SUGERENCIAS 3-28:

Registrar nuestros avances y cambios en la práctica para evolucionar la teoría.

Fomentar en el personal de Enfermería (expertas) el repaso constante de las técnicas y procedimientos, así como los avances con los que llegan los alumnos de la carrera de Enfermería.

### SUGERENCIA 4-27:

Tomar en cuenta la convivencia de los alumnos con el personal de la institución a la que se acude para realizar la práctica clínica, y la influencia que este puede tener sobre el aprendizaje del alumno.

Interactuar con el alumno al detectar problemas en el aprendizaje.

### SUGERENCIA 5-26:

Desarrollar en la enfermera la conciencia de la importancia de las explicaciones que le da al alumno.

Generar en el personal de Enfermería el interés para instruir de manera adecuada al alumno durante la práctica clínica.

Evitar la colocación de etiquetas en el personal con el que vamos a convivir para no generar predisposición tanto por parte del alumno como por parte del mismo personal.

**SUGERENCIA 6-25:**

Disponibilidad de la profesora para aclarar dudas

Permitir que el alumno exprese sus ideas y conocimientos y corregir de una manera fina y correcta sus desaciertos para no apenarlo delante de sus compañeros.

Fomentar la interacción entre alumnos de otras escuelas o semestres y entre docentes para verificar y comparar planes de estudio favoreciendo el intercambio de conocimientos.

No subestimar a los alumnos de otras escuelas o semestres.

**SUGERENCIA 7-24:**

Estar al pendiente de los alumnos pero sobre todo las enfermeras que los vayan a instruir, que cuenten con un plan de trabajo que facilite la interacción en conjunto para el cuidado del paciente.

Evaluar el desempeño del alumno sin que este se de cuenta, podría ser platicando para obtener información fuera del servicio y así no alertar a la enfermera responsable y poder evaluar la interacción con la enfermera.

**SUGERENCIAS 8-23:**

Vigilar que la transmisión del conocimiento entre alumnos sea correcta, dando la confianza al alumno para cuestionar la información recibida. De ser información incorrecta ayudarlo a corregirla y complementarla para evitar inconsistencias posteriores.

No menospreciar a ningún nivel por que todos son complementos de nuestra práctica clínica.

Generar en el alumno la confianza para preguntar al docente sus dudas por pequeñas que estas puedan ser, ayudando a solucionarlas.

**SUGERENCIAS 9-22:**

Establecer un verdadero compromiso entre alumno y enfermera, el alumno bien fundamentado teóricamente y la enfermera poniendo en práctica su capacidad de percepción para identificar las necesidades del alumno. Que la enfermera invite al alumno a participar en las acciones de enfermería y se encuentre en compañía de este para brindarle seguridad, en caso de falla pueda corregirlo de inmediato y no permitir que el alumno genere culpa pues eso acrecentaría sus temores y dudas.

**SUGERENCIAS 10 21:** evitar encajonar a los alumnos en un solo servicio por mucho tiempo, ya que al ser los servicios muy diferentes en tiempo y forma de práctica, puede suceder que algún alumno se encuentre en un área en la cual no pueda ejercer debidamente sus funciones de novato, puede haber otro que caiga en la postura de volverse "fuerza de trabajo" en lugar de "profesional en formación".

SUGERENCIAS 11-20: hacer un estudio específico en conjunto con las autoridades hospitalarias con el fin de identificar la minoría de personal que se comporta como principiante, para que labore con el personal ya identificado como experto y lograr un acercamiento a la homologación de los servicios y la enseñanza de la Enfermería.

SUGERENCIAS 12-19:

Crear conciencia en la enfermera respecto al nivel de responsabilidad que tiene sobre el aprendizaje clínico del alumno. Reconocer en el personal la importancia de la transmisión de sus conocimientos prácticos, pues son la base que complementa la teoría que posee el alumno al llegar a sus manos.

SUGERENCIAS 13-18:

Que la enfermera identifique las dudas y temores en el alumno para eliminarlas y no arrastrarlas durante la práctica clínica. Que la transmisión del conocimiento práctico se ejerza de manera gradual empezando por lo sencillo y derivar en lo complejo.

SUGERENCIAS 14-17:

Favorecer la interacción entre estudiantes de una manera cordial y profesional para ayudar al intercambio de conocimientos y experiencias teóricas pero sobretodo prácticas. Interacción entre docentes para que intercambien planes de trabajo y que el profesor pueda apoyar a los alumnos indistintamente de si es o no su alumno, pues el objetivo es la transmisión del conocimiento.

SUGERENCIAS 15-16:

Que el profesor verifique a través de casos clínicos que el alumno tenga claros todos los conceptos teóricos antes de llegar a la práctica clínica. Que el personal de enfermería al que se le designe el alumno, supervise las acciones dadas, e ir aumentando de manera gradual el nivel de complejidad hasta que pueda ser participe de dichas acciones y desarrolle su capacidad de discernimiento.

SUGERENCIAS 31-32

No pasar por alto una inclinación tan significativa y procurar la interacción de los alumnos principiantes con los alumnos de especialidad quienes quizá estén más cerca de la realidad del novato y al mismo tiempo de la del experto.

### 13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS, HEMEROGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS.

- 1) Benner Patricia, "Práctica progresiva en Enfermería", Colección Enfermería y Sociedad, 1987, 329 Pág.
- 2) Colombia Médica, Vol. 31, No.1, Año 2000, Pp. 37-42. "Análisis del concepto y aplicación en la investigación, educación y práctica de los profesionales de salud". Corporación Editora Médica del Valle.
- 3) Polit Hungler, "Investigación científica en ciencias de la salud". ED. Mc Graw Hill Interamericana. 5ª. Edición. Pág. 701.
- 4) "Apuntes resumidos de destrezas sociales para Enfermería". <http://club.telepolis.com/correfdz/antropusi4.htm>
- 5) "La afectividad en el aula de clase". Colombia Médica, Vol. 31, No.1, Año 2000, pp. 31- 55. Corporación Editora Médica del Valle.
- 6) Benner Patricia, "Estrés y satisfacción en el trabajo; Works Meanings and coping of Mid - Career Men". 1984. Editorial Grijalbo. Pág. 217.
- 7) José Antonio Castorina. "Problemas epistemológicos de las teorías de aprendizaje en su transferencia a la educación". [File:///Atransf del conoc htm](File:///Atransf_del_conoc.htm).
- 8) Patricia Benner & Judith Wrubel "The primacy of caring: Stress and coping in health and illness". Published 1988, Pág. 322
- 9) Patricia Benner (editor) "Interpretative Phenomenology: Embodiment caring and Ethics in health and illness". Published 1994. pag.296.
- 10) Susan S. Philips & Patricia Practice, (Editors) "The crisis de care: Affirming and restoring Caring Practices in the Helping Professions".
- 11) Heidegger, M. "Being and time". New York.
- 12) Louise Corti, Janet Foster and Paul Thompson. "Archiving qualitative research data.htm".
- 13) Laurence Cox. Gerhard Kleining´s Methodology of Qualitative Research.htm".
- 14) Nadyme Guzman. "Qualitative research study interviewing.htm".
- 15) Donna L. Mckereghan, Dr. Shann Ferch. February, 1998 "Quantitative Versus Qualitative Research.htm".
- 16) Howard s. Becker. "The Epistemology of Qualitative Research.htm".
- 17) Kelle U. 1997. "Theory Building in Qualitative Research.htm".
- 18) Francisco Javier Mercado Martinez. Martha Villaseñor Fariás, Alejandra Lizardí Gómez. <http://www.cugs.udg.mx>.
- 19) Qualitative Reserch in Healt Care. <http://www.bmjbooks.com>.

14. ANEXOS

**DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LA DISPOSICIÓN DE LA ENFERMERA PARA LA INSTRUCCIÓN. ESTUDIO REALIZADO EN ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA ENEO – UNAM 2008.**

**INSTRUC 1. La enfermera con la que asignaron estuvo dispuesta a instruirme.**

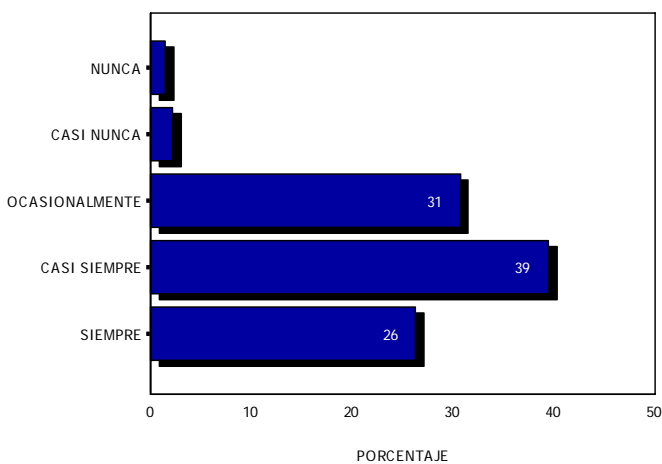
**NOINSTRUC 30. Fui asignado con una enfermera que tiene nula capacidad de instrucción.**

		Frequency	Valid Percent
Valid	1 NUNCA	2	1.5
	2 CASI NUNCA	3	2.2
	3 OCASIONALMENTE	42	30.7
	4 CASI SIEMPRE	54	39.4
	5 SIEMPRE	36	26.3
	Total	137	100.0
	Mean	3.87	
	Std. Deviation	.88	

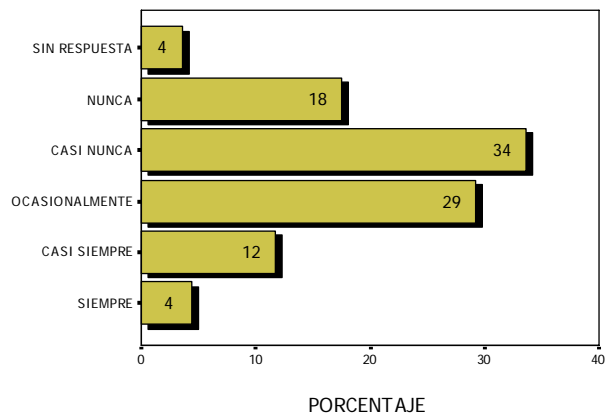
		Frequency	Valid Percent
Valid	SIN RESPUESTA	5	3.6
	1 NUNCA	24	17.5
	2 CASI NUNCA	46	33.6
	3 OCASIONALMENTE	40	29.2
	4 CASI SIEMPRE	16	11.7
	5 SIEMPRE	6	4.4
	Total	137	100.0
	Mean	2.41	
	Std. Deviation	1.148	

1- LA ENFERMERA CONQUEIN ME ASIGNARON

ESTUVO DISPUESTA A INSTRUIRME.



30. FUI ASIGNADO CON UNA ENFERMERA QUE TIENE NULA CAPACIDAD DE INSTRUIR.



**DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LA PERMANENCIA CON UN MISMO GRUPO DE PACIENTES PARA AFIANZAR LOS CONOCIMIENTOS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA. ESTUDIO REALIZADO EN ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA ENEO – UNAM 2008.**

Statistics

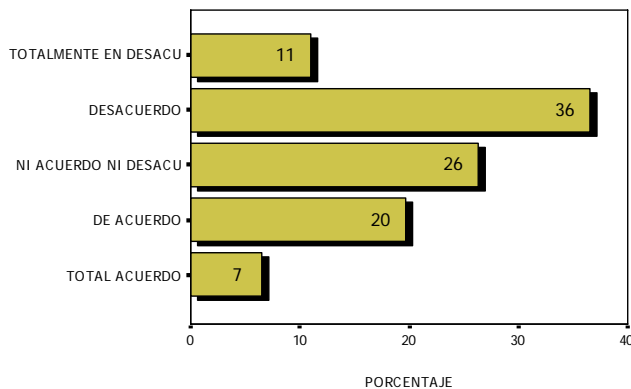
**PERMAN 29. Durante mi estancia en el servicio considero que debo estar con el mismo grupo de pacientes para afianzar mis conocimientos.**

**NOPERMAN 2. El trabajar con el mismo grupo de pacientes durante mi práctica atrasa mi aprendizaje clínico.**

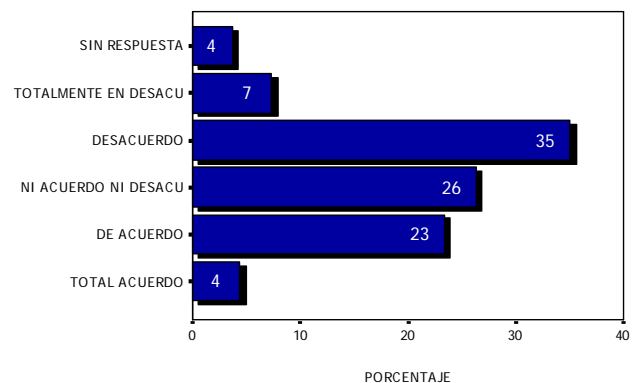
	Frequency	Valid Percent
Valid SIN RESPUESTA	5	3.6
1 TOTALMENTE EN DESACUERDO	10	7.3
2 DESACUERDO	48	35.0
3 NI ACUERDO NI DESACUERDO	36	26.3
4 DE ACUERDO	32	23.4
5 TOTAL ACUERDO	6	4.4
Total	137	100.0
Mean	2.72	
Std. Deviation	1.144	

	Frequency	Valid Percent
Valid 1 TOTALMENTE EN DESACUERDO	15	10.9
2 DESACUERDO	50	36.5
3 NI ACUERDO NI DESACUERDO	36	26.3
4 DE ACUERDO	27	19.7
5 TOTAL ACUERDO	9	6.6
Total	137	100.0
Mean	2.74	
Std. Deviation	1.098	

2. TRABAJAR CON EL MISMO GRUPO DE PACIENTES DURANTE MI PRÁCTICA ATRASA MI APRENDIZAJE CLÍNICO.



3. DURANTE MI ESTANCIA EN EL SERVICIO CONSIDERO QUE DEBO ESTAR CON EL MISMO GRUPO DE PACIENTES PARA AFIANZAR MIS CONOCIMIENTOS.



**DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LA ENFERMERA QUE AYUDO A LA INTEGRACIÓN DE CONOCIMIENTOS TEÓRICO PRÁCTICOS. ESTUDIO REALIZADO EN ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA ENEO – UNAM 2008.**

Statistics

**INTEGRA 3. Fui asignado con una enfermera quien me ayudo a integrar conocimientos teórico prácticos.**

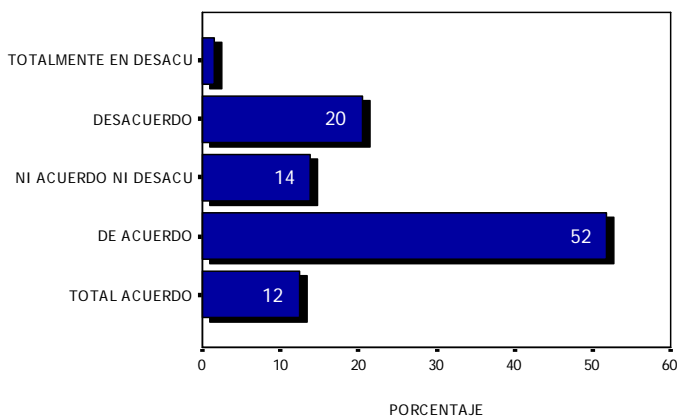
	Frequency	Valid Percent
Valid 1 TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	1.5
2 DESACUERDO	28	20.4
3 NI ACUERDO NI DESACUERDO	19	13.9
4 DE ACUERDO	71	51.8
5 TOTAL ACUERDO	17	12.4
Total	137	100.0
Mean	3.53	
Std. Deviation	1.000	

**NOINTEGR 28. La enfermera con quien fui asignado tiene francas dificultades para integrar teoría y práctica.**

	Frequency	Valid Percent
Valid SIN RESPUESTA	4	2.9
1 NUNCA	27	19.7
2 CASI NUNCA	45	32.8
3 OCASIONALMENTE	41	29.9
4 CASI SIEMPRE	15	10.9
5 SIEMPRE	5	3.6
Total	137	100.0
Mean	2.37	
Std. Deviation	1.118	

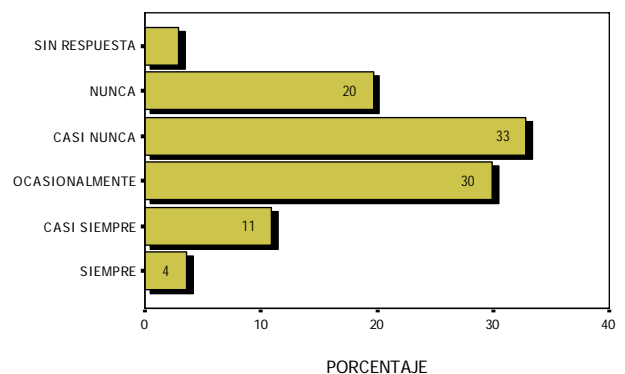
3. FUI ASIGNADO CON UNA ENFERMERA QUIEN ME AYUDO A INTEGRAR CONOCIMIENTOS

TEORICO PRÁCTICOS.



28. LA ENFERMERA CON QUIÉN FUI DESIGNADO

TIENE FRANCAS DIFICULTADES PARA INTEGRAR TEORÍA Y PRÁCTICA.





**DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LA INFLUENCIA DE LA PROFESORA EN EL APRENDIZAJE CLÍNICO DEL ALUMNO. ESTUDIO REALIZADO EN ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA ENEO – UNAM 2008.**

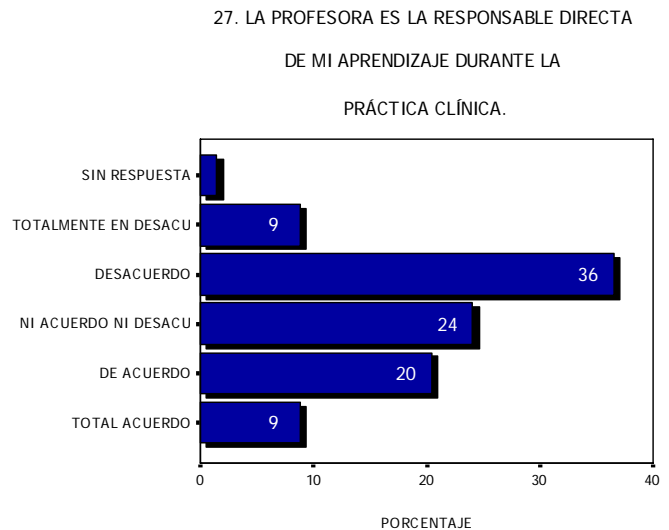
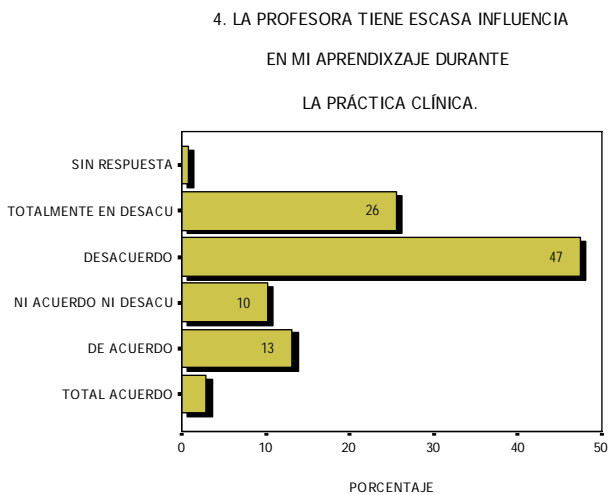
Statistics

**NOPROFA 4. La profesora tiene escasa influencia en mi aprendizaje durante la práctica clínica.**

**PROFA 27. La profesora es la responsable directa de mi aprendizaje durante la práctica clínica.**

		Frequency	Valid Percent
Valid	SIN RESPUESTA	1	.7
	1 TOTALMENTE EN DESACUERDO	35	25.5
	2 DESACUERDO	65	47.4
	3 NI ACUERDO NI DESACUERDO	14	10.2
	4 DE ACUERDO	18	13.1
	5 TOTAL ACUERDO	4	2.9
	Total	137	100.0
Mean	<b>2.18</b>		
Std. Deviation	<b>1.073</b>		

		Frequency	Valid Percent
Valid	SIN RESPUESTA	2	1.5
	1 TOTALMENTE EN DESACUERDO	12	8.8
	2 DESACUERDO	50	36.5
	3 NI ACUERDO NI DESACUERDO	33	24.1
	4 DE ACUERDO	28	20.4
	5 TOTAL ACUERDO	12	8.8
	Total	137	100.0
Mean	<b>2.80</b>		
Std. Deviation	<b>1.170</b>		



**DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LA VERIFICACIÓN DE LA INTERPRETACIÓN POR PARTE DE LA ENFERMERA DE SUS EXPLICACIONES. ESTUDIO REALIZADO EN ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA ENEO – UNAM 2008.**

Statistics

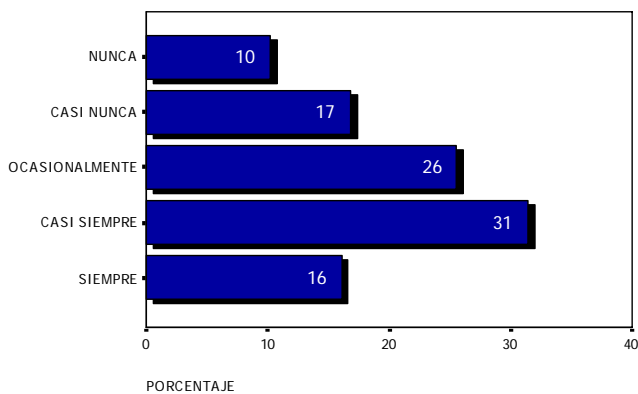
**INTERPRE 5. La enfermera con quien fui asignado verificó la interpretación que hice de sus explicaciones.**

**NOINTERP 26. La enfermera con quien fui asignado ignoró la interpretación que hice de sus explicaciones.**

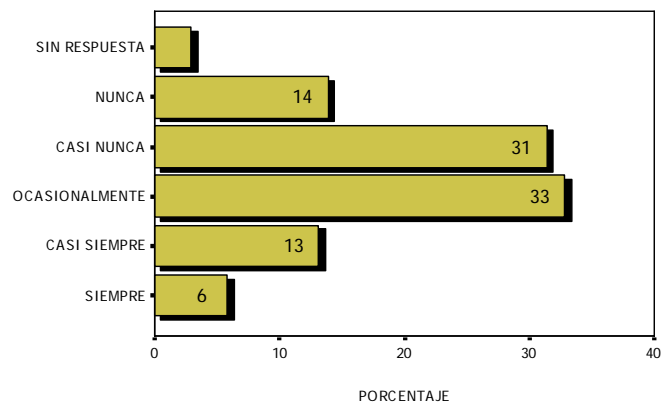
		Frequency	Valid Percent
Valid	1 NUNCA	14	10.2
	2 CASI NUNCA	23	16.8
	3 OCASIONALMENTE	35	25.5
	4 CASI SIEMPRE	43	31.4
	5 SIEMPRE	22	16.1
	Total	137	100.0
Mean		3.26	
Std. Deviation		1.214	

		Frequency	Valid Percent
Valid	SIN RESPUESTA	4	2.9
	1 NUNCA	19	13.9
	2 CASI NUNCA	43	31.4
	3 OCASIONALMENTE	45	32.8
	4 CASI SIEMPRE	18	13.1
	5 SIEMPRE	8	5.8
	Total	137	100.0
Mean		2.57	
Std. Deviation		1.149	

5. LA ENFERMERA CON QUIÉN FUI ASIGNADO VERIFICO LA INTERPRETACIÓN QUE HICE DE SUS EXPLICACIONES.



26. LA ENFERMERA CON QUIEN FUI ASIGNADO IGNORO LA INTERPRETACIÓN QUE HICE DE SUSU EXPLICACIONES



**DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LA INTERACCIÓN CON ALUMNOS DE OTRAS INSTITUCIONES. ESTUDIO REALIZADO EN ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA ENEO – UNAM 2008.**

Statistics

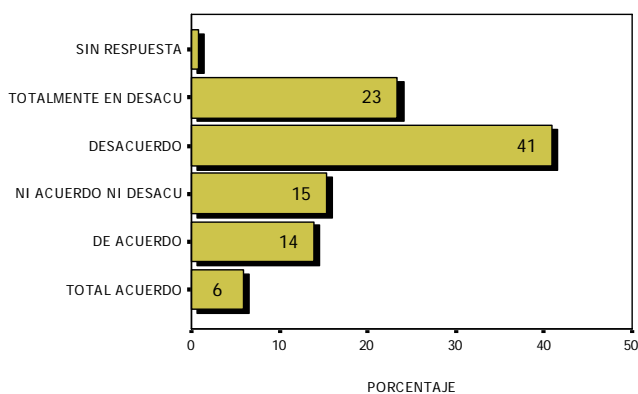
**FOMENTO 25. La interacción con alumnos de otra escuela o semestre fomenta la adquisición de conocimientos durante la práctica clínica.**

	Frequency	Valid Percent
Valid SIN RESPUESTA	6	4.4
1 TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	.7
2 DESACUERDO	11	8.0
3 NI ACUERDO NI DESACUERDO	24	17.5
4 DE ACUERDO	63	46.0
5 TOTAL ACUERDO	32	23.4
Total	137	100.0
Mean	3.70	
Std. Deviation	1.190	

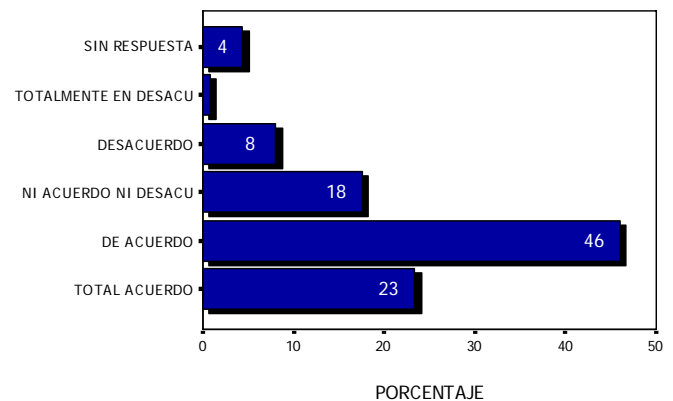
**NOFOMENT 6. La adquisición de conocimientos se deteriora cuando interactuamos en la práctica con alumnos de otra escuela o semestre.**

	Frequency	Valid Percent
Valid SIN RESPUESTA	1	.7
1 TOTALMENTE EN DESACUERDO	32	23.4
2 DESACUERDO	56	40.9
3 NI ACUERDO NI DESACUERDO	21	15.3
4 DE ACUERDO	19	13.9
5 TOTAL ACUERDO	8	5.8
Total	137	100.0
Mean	2.36	
Std. Deviation	1.174	

6. LA ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS SE DETERIORA CUANDO INTERACTUAMOS EN LA PRÁCTICA CON ALUMNOS DE OTRA ESCUELA O SEMESTRE.



25. LA ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS SE DETERIORA CUANDO INTERACTUAMOS EN LA PRÁCTICA CON ALUMNOS DE OTRA ESCUELA O SEMESTRE.



**DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LA INCIDENCIA DE ACCIONES CONJUNTAS DEL ALUMNO Y LA ENFERMERA. ESTUDIO REALIZADO EN ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA ENEO – UNAM 2008.**

Statistics

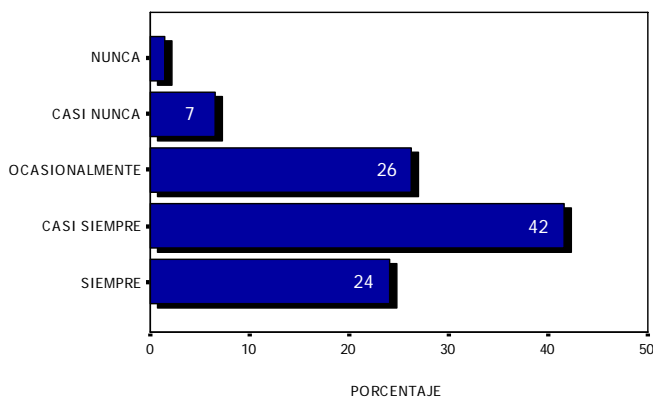
**COMPREN 7. La enfermera con quien fui asignado y yo realizamos intervenciones conjuntas para el cuidado del paciente.**

**NOCOMPRE 24. La enfermera con quien fui asignado prefiere realizar sus intervenciones sin mi presencia.**

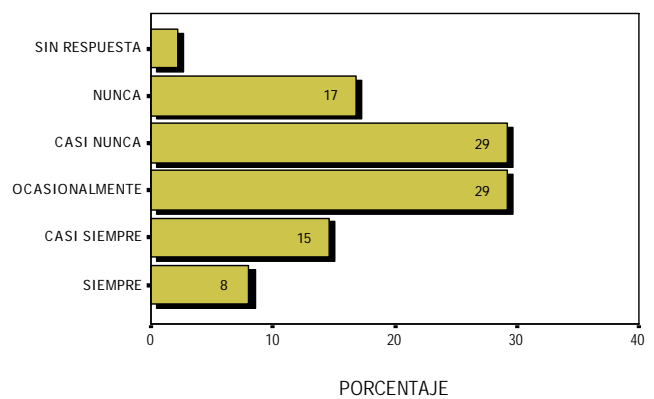
		Frequency	Valid Percent
Valid	1 NUNCA	2	1.5
	2 CASI NUNCA	9	6.6
	3 OCASIONALMENTE	36	26.3
	4 CASI SIEMPRE	57	41.6
	5 SIEMPRE	33	24.1
	Total	137	100.0
Mean		3.80	
Std. Deviation		.930	

		Frequency	Valid Percent
Valid	SIN RESPUESTA	3	2.2
	1 NUNCA	23	16.8
	2 CASI NUNCA	40	29.2
	3 OCASIONALMENTE	40	29.2
	4 CASI SIEMPRE	20	14.6
	5 SIEMPRE	11	8.0
	Total	137	100.0
Mean		2.61	
Std. Deviation		1.220	

7. LA ENFERMERA CON QUIEN FUI ASIGNADO Y YO REALIZAMOS INTERVENCIONES CONJUNTAS PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE.



24. LA ENFERMERA CON QUIEN FUI ASIGNADO PREFIERE REALIZAR SUS INTERVENCIONES SIN MI PRESENCIA.



**DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LA RELACIÓN ENTRE ESTUDIANTES DE DISTINTOS GRADOS ACADÉMICOS. ESTUDIO REALIZADO EN ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA ENEO – UNAM 2008.**

Statistics

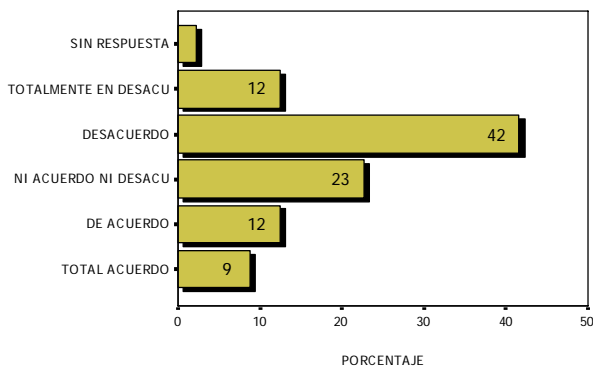
**NOINTERA 8-La relación entre alumnos de distintos niveles es irrelevante para la transmisión del conocimiento enfermero.**

**INTERACC 23-La relación de alumnos de nivel técnico y licenciatura mejora el proceso de transmisión del conocimiento enfermero.**

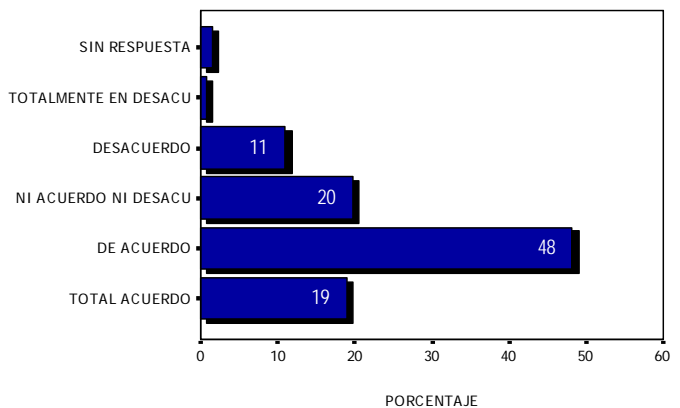
		Frequency	Valid Percent
Valid	SIN RESPUESTA	3	2.2
	1 TOTALMENTE EN DESACUERDO	17	12.4
	2 DESACUERDO	57	41.6
	3 NI ACUERDO NI DESACUERDO	31	22.6
	4 DE ACUERDO	17	12.4
	5 TOTAL ACUERDO	12	8.8
	Total	137	100.0
Mean		2.57	
Std. Deviation		1.187	

		Frequency	Valid Percent
Valid	SIN RESPUESTA	2	1.5
	1 TOTALMENTE EN DESACUERDO	1	.7
	2 DESACUERDO	15	10.9
	3 NI ACUERDO NI DESACUERDO	27	19.7
	4 DE ACUERDO	66	48.2
	5 TOTAL ACUERDO	26	19.0
	Total	137	100.0
Mean		3.69	
Std. Deviation		1.019	

8. LA RELACIÓN ENTRE ALUMNOS DE DISTINTOS NIVELES ES IRRELEVANTE PARA LA TRANSMISIÓN DEL CONOCIMIENTO ENFERMERO.



23. LA RELACIÓN DE ALUMNOS DE NIVEL TÉCNICO Y LICENCIATURA, MEJORA EL PROCESO DE TRANSMISIÓN DE CONOCIMIENTO ENFERMERO.



**DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LA IMPORTANCIA QUE LA ENFERMERA PUDO OTORGARLE A LOS TEMORES DEL ALUMNO. ESTUDIO REALIZADO EN ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA ENEO – UNAM 2008.**

Statistics

**IDENTI 9. La enfermera con quien fui asignado identificó mis temores y dudas en la práctica conjunta.**

**NOIDENTI 22. La enfermera con quien me asignaron subestima mis dudas y temores durante la práctica.**

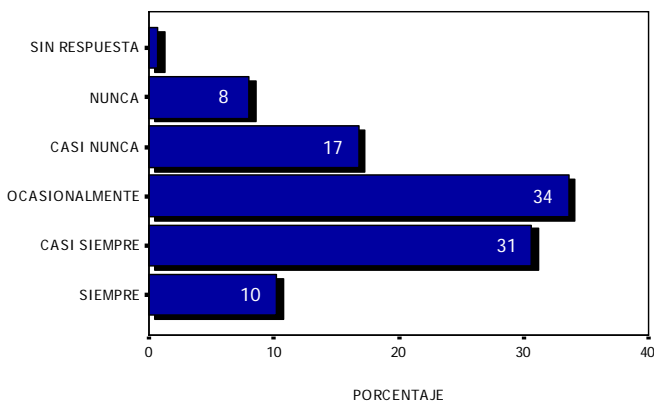
	Frequency	Valid Percent
Valid SIN RESPUESTA	1	.7
1 NUNCA	11	8.0
2 CASI NUNCA	23	16.8
3 OCASIONALMENTE	46	33.6
4 CASI SIEMPRE	42	30.7
5 SIEMPRE	14	10.2
Total	137	100.0
Mean	3.16	
Std. Deviation	1.120	

	Frequency	Valid Percent
Valid SIN RESPUESTA	2	1.5
1 NUNCA	15	10.9
2 CASI NUNCA	30	21.9
3 OCASIONALMENTE	47	34.3
4 CASI SIEMPRE	33	24.1
5 SIEMPRE	10	7.3
Total	137	100.0
Mean	2.91	
Std. Deviation	1.150	

9. LA ENFERMERA CON QUIÉN FUI ASIGNADO

IDENTIFICO MIS TEMORES Y DUDAS

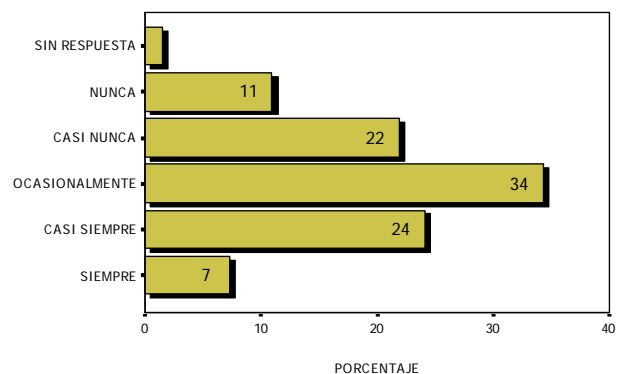
EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.



22. LA ENFERMERA CON QUIÉN ME ASIGNARON

SUBESTIMA MIS DUDAS Y TEMORES

DURANTE LA PRÁCTICA.



**DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LA PERMANENCIA EN UN SOLO SERVICIO PARA FAVORECER EL APRENDIZAJE CLÍNICO. ESTUDIO REALIZADO EN ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA ENEO – UNAM 2008.**

Statistics

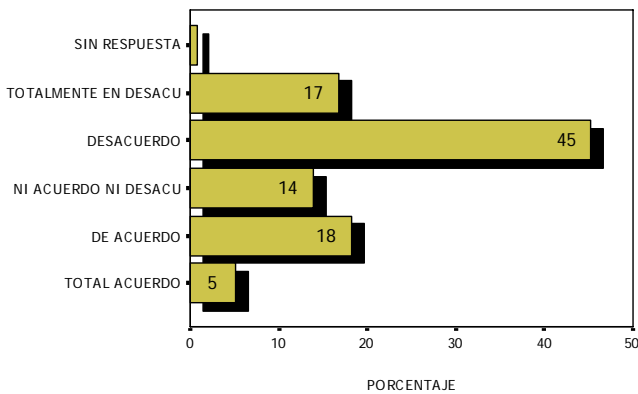
**NOROTACI 10. La permanencia en un servicio único durante toda la práctica favorece realmente el aprendizaje.**

**ROTACION 21. El rotar por diferentes servicios es fundamental para mi aprendizaje.**

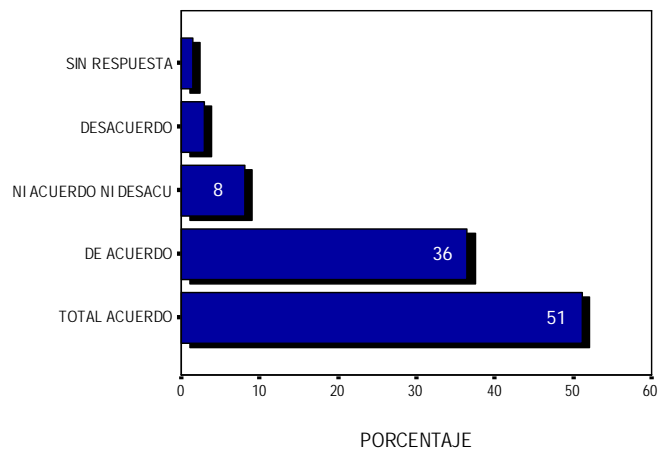
	Frequency	Valid Percent
Valid SIN RESPUESTA	1	.7
1 TOTALMENTE EN DESACUERDO	23	16.8
2 DESACUERDO	62	45.3
3 NI ACUERDO NI DESACUERDO	19	13.9
4 DE ACUERDO	25	18.2
5 TOTAL ACUERDO	7	5.1
Total	137	100.0
Mean	2.47	
Std. Deviation	1.145	

	Frequency	Valid Percent
Valid SIN RESPUESTA	2	1.5
2 DESACUERDO	4	2.9
3 NI ACUERDO NI DESACUERDO	11	8.0
4 DE ACUERDO	50	36.5
5 TOTAL ACUERDO	70	51.1
Total	137	100.0
Mean	4.31	
Std. Deviation	.922	

10. LA PERMANENCIA EN UN SERVICIO ÚNICO DURANTE TODA LA PRÁCTICA FAVORECE REALMENTE EL APRENDIZAJE.



21. EL ROTAR POR DIFERENTES SERVICIOS ES FUNDAMENTAL PARA MI APRENDIZAJE.



**DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LAS ACTITUDES PROGRESIVAS DE LA ENFERMERA ASIGNADA. ESTUDIO REALIZADO EN ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA ENEO – UNAM 2008.**

Statistics

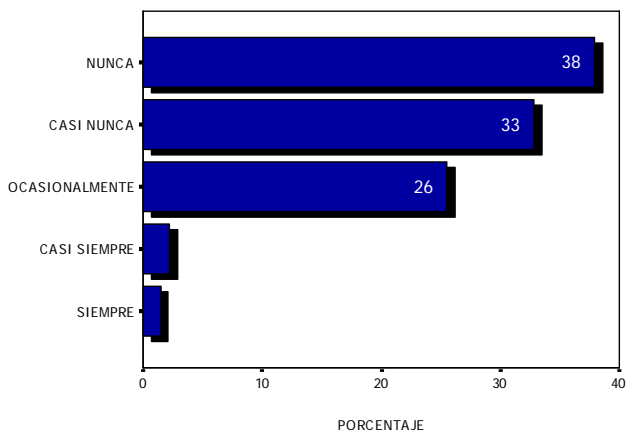
**PRINCIPI 11-La enfermera con quien me asignaron se comporta como principiante.**

**NOPRINCI 20-La enfermera con quien me designaron tiene mucha experiencia clínica.**

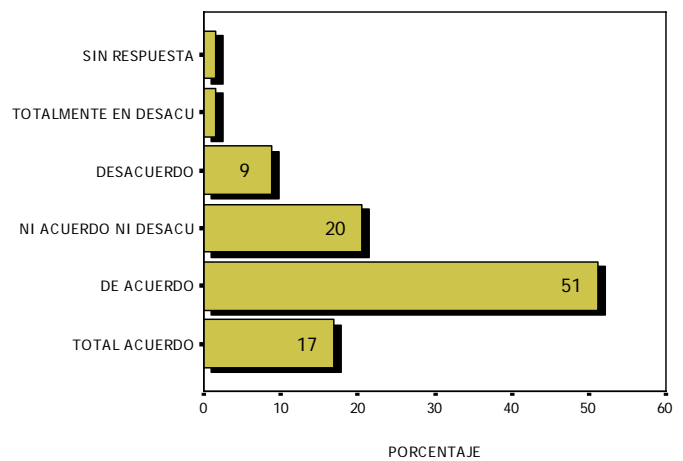
	Frequency	Valid Percent
Valid 1 NUNCA	52	38.0
2 CASI NUNCA	45	32.8
3 OCASIONALMENTE	35	25.5
4 CASI SIEMPRE	3	2.2
5 SIEMPRE	2	1.5
Total	137	100.0
Mean	1.96	
Std. Deviation	.927	

	Frequency	Valid Percent
Valid 0	2	1.5
1 TOTALMENTE EN DESACUERDO	2	1.5
2 DESACUERDO	12	8.8
3 NI ACUERDO NI DESACUERDO	28	20.4
4 DE ACUERDO	70	51.1
5 TOTAL ACUERDO	23	16.8
Total	137	100.0
Mean	3.69	
Std. Deviation	.998	

11. LA ENFERMERA CON QUIEN ME DESIGNARON TIENE MUCHA EXPERIENCIA CLÍNICA.



20. LA ENFERMERA CON QUIEN ME DESIGNARON TIENE MUCHA EXPERIENCIA CLÍNICA.





**DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LA RESPONSABILIDAD DE LA ENFERMERA EN EL APRENDIZAJE DEL ALUMNO. ESTUDIO REALIZADO EN ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA ENEO – UNAM 2008.**

Statistics

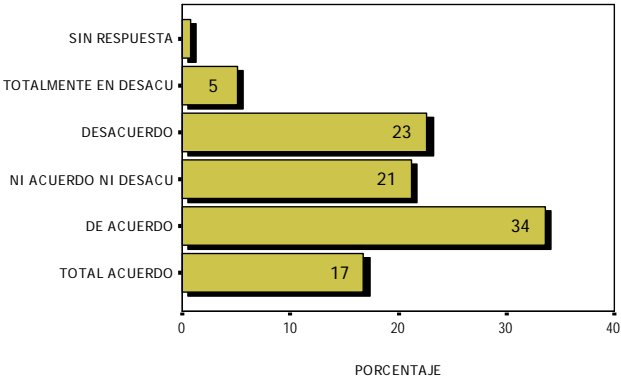
**NORESPON 12-La enfermera con quien me asignan no es absolutamente responsable de mi aprendizaje clínico.**

**RESPON 19-La enfermera con quien fui designado es la responsable directa de mi aprendizaje clínico.**

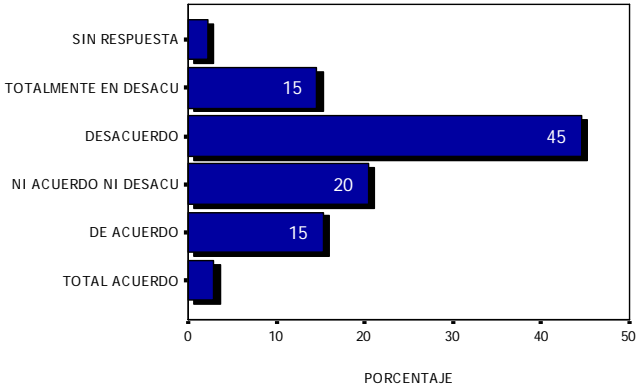
		Frequency	Valid Percent
Valid	SIN RESPUESTA	1	.7
	1 TOTALMENTE EN DESACUERDO	7	5.1
	2 DESACUERDO	31	22.6
	3 NI ACUERDO NI DESACUERDO	29	21.2
	4 DE ACUERDO	46	33.6
	5 TOTAL ACUERDO	23	16.8
	Total	137	100.0
	Mean	3.32	
	Std. Deviation	1.188	

		Frequency	Valid Percent
Valid	SIN RESPUESTA	3	2.2
	1 TOTALMENTE EN DESACUERDO	20	14.6
	2 DESACUERDO	61	44.5
	3 NI ACUERDO NI DESACUERDO	28	20.4
	4 DE ACUERDO	21	15.3
	5 TOTAL ACUERDO	4	2.9
	Total	137	100.0
	Mean	2.41	
	Std. Deviation	1.075	

12. LA ENFERMERA CON QUIEN ME ASIGNAN NO ES ABSOLUTAMENTE RESPONSABLE DE MI APRENDIZAJE CLÍNICO.



19. LA ENFERMERA CON QUIEN FUI DESIGNADO ES LA REPOSABLE DIRECTA DE MI APRENDIZAJE CLÍNICO.



**DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMERA COMO PRINCIPIANTE AVANZADO DURANTE LA PRÁCTICA CLÍNICA. ESTUDIO REALIZADO EN ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA ENEO – UNAM 2008.**

Statistics

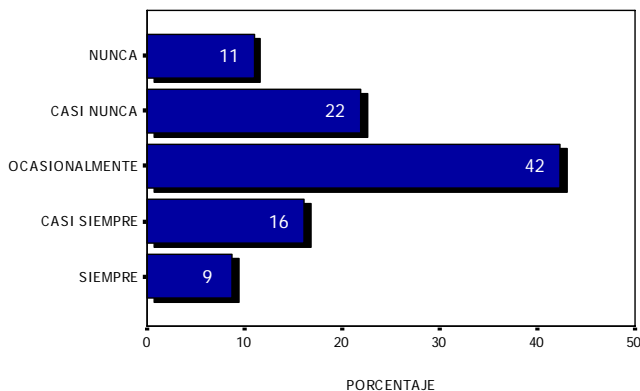
**PRIAVAN 13-La enfermera con quien me designaron domina técnicas y protocolos pero en casos especiales debe ser ayudada.**

**NOPRIAVA 18-La enfermera con quien me designaron desconoce algunas técnicas y protocolos pero se comporta diligentemente.**

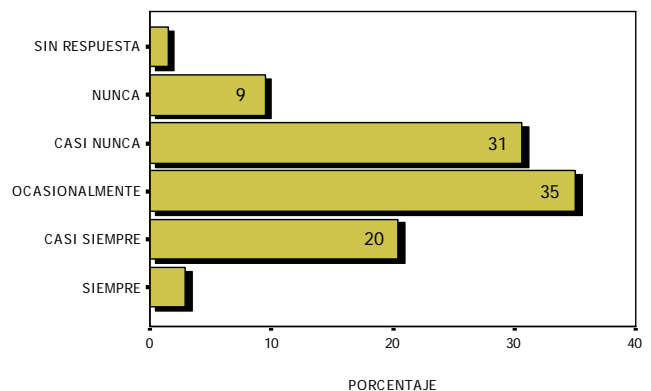
		Frequency	Valid Percent
Valid	1 NUNCA	15	10.9
	2 CASI NUNCA	30	21.9
	3 OCASIONALMENTE	58	42.3
	4 CASI SIEMPRE	22	16.1
	5 SIEMPRE	12	8.8
	Total	137	100.0
Mean	2.90		
Std. Deviation	1.080		

		Frequency	Valid Percent
Valid	SIN RESPUESTA	2	1.5
	1 NUNCA	13	9.5
	2 CASI NUNCA	42	30.7
	3 OCASIONALMENTE	48	35.0
	4 CASI SIEMPRE	28	20.4
	5 SIEMPRE	4	2.9
	Total	137	100.0
Mean	2.72		
Std. Deviation	1.034		

13. LA ENFERMERA CON QUÉN ME DESIGNARON DOMINA TÉCNICAS Y PROTOCOLOS PERO EN CASOS ESPECIALES DEBE SER AYUDADA.



18. LA ENFERMERA CON QUIEN ME DESIGNARON DESCONOCE ALGUNAS TÉCNICAS Y PROTOCOLOS PERO SE COMPORTA DILIGENTEMENTE.



**DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LA INTERACCIÓN ENTRE ESTUDIANTES PARA FAVORECER LA TRANSMISIÓN DEL CONOCIMIENTO. ESTUDIO REALIZADO EN ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA ENEO – UNAM 2008.**

Statistics

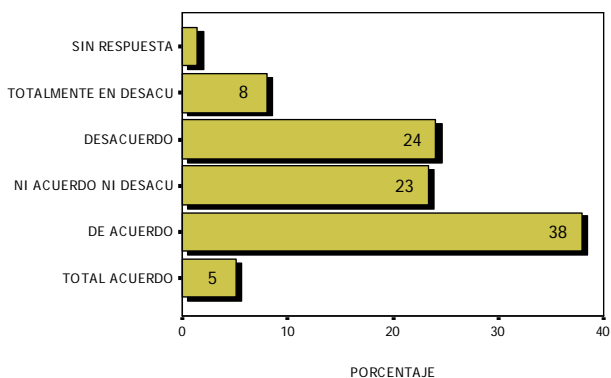
**NOTRANSM 14. La práctica compartida con otros estudiantes es superflua para la transmisión del conocimiento de enfermería.**

**TRANSMI 17. La interacción entre estudiantes es de gran importancia para la transmisión del conocimiento.**

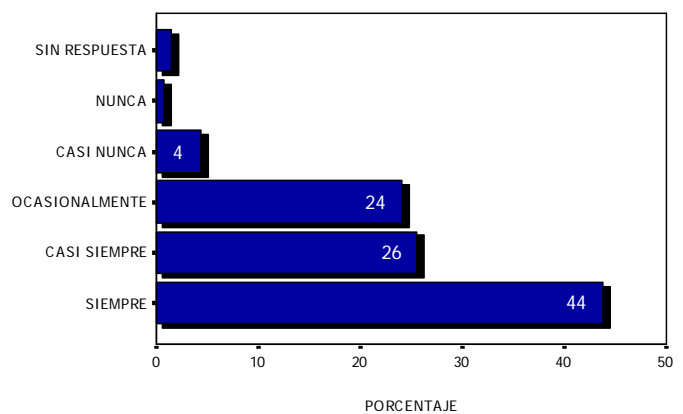
		Frequency	Valid Percent
Valid	SIN RESPUESTA	2	1.5
	1 TOTALMENTE EN DESACUERDO	11	8.0
	2 DESACUERDO	33	24.1
	3 NI ACUERDO NI DESACUERDO	32	23.4
	4 DE ACUERDO	52	38.0
	5 TOTAL ACUERDO	7	5.1
	Total	137	100.0
	Mean	3.04	
	Std. Deviation	1.134	

		Frequency	Valid Percent
Valid	SIN RESPUESTA	2	1.5
	1 NUNCA	1	.7
	2 CASI NUNCA	6	4.4
	3 OCASIONALMENTE	33	24.1
	4 CASI SIEMPRE	35	25.5
	5 SIEMPRE	60	43.8
	Mean	4.03	
	Std. Deviation	1.077	

14. LA PRÁCTICA COMPARTIDA CON OTROS ESTUDIANTES ES SUPERFLUA PARA LA TRANSMISIÓN DEL CONOCIMIENTO DE ENFERMERÍA.



17. LA INTERACCIÓN ENTRE ESTUDIANTES ES DE GRAN IMPORTANCIA PARA LA TRANSMISIÓN DEL CONOCIMIENTO.



**DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LA CORRELACIÓN POR PARTE DE LA ENFERMERA DE LA PRÁCTICA CON LA TEORÍA. ESTUDIO REALIZADO EN ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA ENEO – UNAM 2008.**

Statistics

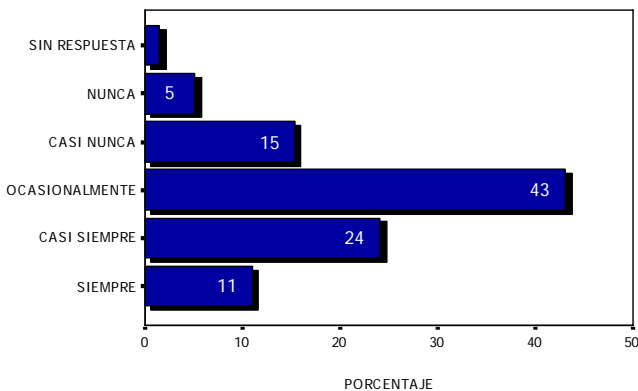
**EXPERT 15. La enfermera con quien me designaron sabe integrar sus conceptos al afrontar la práctica de manera que puede aprobar o rechazar una teoría.**

**NOEXPERT 16. La enfermera con quien me designaron no correlaciona su práctica con la teoría.**

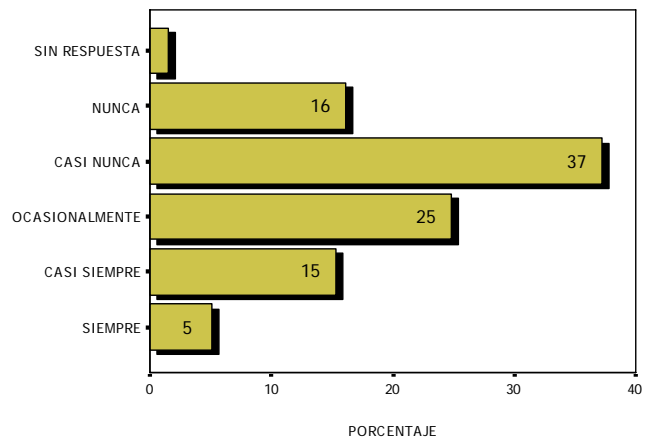
		Frequency	Valid Percent
Valid	SIN RESPUESTA	2	1.5
	1 NUNCA	7	5.1
	2 CASI NUNCA	21	15.3
	3 OCASIONALMENTE	59	43.1
	4 CASI SIEMPRE	33	24.1
	5 SIEMPRE	15	10.9
	Total	137	100.0
Mean		3.16	
Std. Deviation		1.073	

		Frequency	Valid Percent
Valid	SIN RESPUESTA	2	1.5
	1 NUNCA	22	16.1
	2 CASI NUNCA	51	37.2
	3 OCASIONALMENTE	34	24.8
	4 CASI SIEMPRE	21	15.3
	5 SIEMPRE	7	5.1
	Total	137	100.0
Mean		2.52	
Std. Deviation		1.132	

15. LA ENFERMERA CON QUIEN ME DESIGNARON SABE INTEGRAR SUS CONCEPTOS AL AFRONTAR LA PRÁCTICA DE MANERA QUE PUEDE APROBAR O RECHAZAR UNA TEORÍA.



16. LA ENFERMERA CON QUIEN ME DESIGNARON NO CORRELACIONA SU PRÁCTICA CON LA TEORÍA.



**DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS SOBRE LA INTERACCIÓN CON ALUMNOS DE ESPECIALIDAD PARA FAVORECER EL APRENDIZAJE CLÍNICO. ESTUDIO REALIZADO EN ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA ENEO – UNAM 2008.**

Statistics

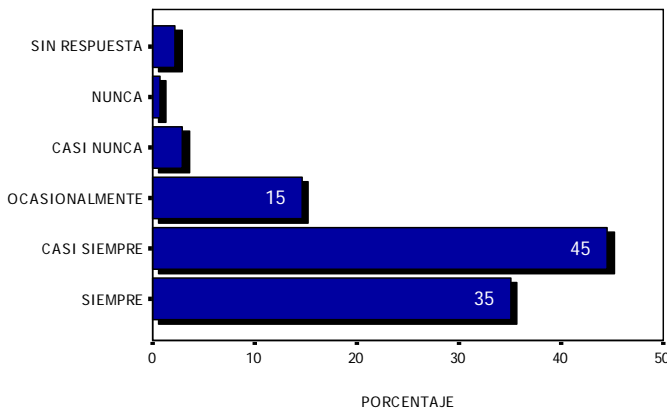
**SIESPE 31-La interacción con alumnos de especialidad favorece el proceso de aprendizaje clínico.**

**NOESPE 32-La interacción con alumnos de especialidad es desfavorable para el proceso de aprendizaje clínico.**

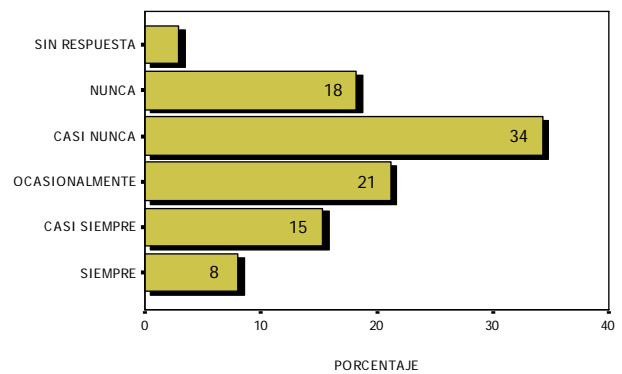
	Frequency	Valid Percent
Valid SIN REPSUESTA	3	2.2
1 NUNCA	1	.7
2 CASI NUNCA	4	2.9
3 OCASIONALMENTE	20	14.6
4 CASI SIEMPRE	61	44.5
5 SIEMPRE	48	35.0
Total	137	100.0
Mean	4.04	
Std. Deviation	1.018	

	Frequency	Valid Percent
Valid SIN RESPUESTA	4	2.9
1 NUNCA	25	18.2
2 CASI NUNCA	47	34.3
3 OCASIONALMENTE	29	21.2
4 CASI SIEMPRE	21	15.3
5 SIEMPRE	11	8.0
Total	137	100.0
Mean	2.52	
Std. Deviation	1.261	

31. LA INTERACCIÓN CON ALUMNOS DE ESPECIALIDAD FAVORECE EL PROCESO DE APRENDIZAJE CLÍNICO.



32. LA INTERACCIÓN CON ALUMNOS DE ESPECIALIDAD ES DESFAVORABLE PARA EL PROCESO DE APRENDIZAJE CLÍNICO.



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y GINECOLOGÍA

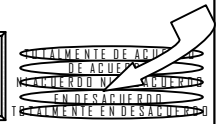
EXPOSICION DE MOTIVOS:

DURANTE EL TRANSCURSO DE LA CARRERA MUCHO HEMOS COMENTADO ENTRE PROFESORES Y ALUMNOS ALGUNOS ASPECTOS DE LA INTERACCIÓN ENTRE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y DE LOS ESTUDIANTES DURANTE LA PRÁCTICA CLÍNICA. EN GENERAL ESTOS COMENTARIOS ATIENDEN A ESPECULACIONES MÁS QUE A UNA REALIDAD QUE AMERITA SER EXPLORADA. POR LO ANTERIOR SE HA DECIDIDO HACER UN ESTUDIO PARA IDENTIFICAR EL ESTILO DE INTERACCIÓN ENTRE LA ENFERMERA QUE NECESARIAMENTE TIENE FORMACIÓN DOCENTE; Y EL ESTUDIANTE A FIN DE PERFILAR EL PROCESO DE TRANSMISIÓN DEL CONOCIMIENTO CLÍNICO ENFERMERO.

INSTRUCIVO: SEGURAMENTE USTED HA VIVIDO MÚLTIPLES Y MUY VARIADAS EXPERIENCIAS CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO EN EL QUE REALIZA SU PRÁCTICA. POR FAVOR ELIJA LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA A SU PERCEPCIÓN EN LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS.

EJEMPLO:

77  
LA ENFERMERA CON LA QUE ESTUVE ASIGNADO ME ASESORÓ PARA REALIZAR EL TENDIDO DE CAMA



<p>1 LAS ENFERMERAS CON LA QUE ME ASIGNARON ESTUVIERON DISPUESTAS A INSTRUIRME.</p>	<p>SIEMPRE CASI SIEMPRE OCASIONALMENTE NUNCA CASI NUNCA</p>	<p>8 LA RELACIÓN ENTRE ALUMNOS DE DISTINTOS NIVELES ES IRRELEVANTE PARA LA TRANSMISIÓN DEL CONOCIMIENTO ENFERMERO.</p>	<p>TOTAL ACUERDO DE ACUERDO NI ACUERDO NI DESACUERDO DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO</p>
<p>2 EL TRABAJAR CON EL MISMO GRUPO DE PACIENTES DURANTE MI PRÁCTICA ATRASA MI APRENDIZAJE CLÍNICO.</p>	<p>TOTAL ACUERDO DE ACUERDO NI ACUERDO NI DESACUERDO DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO</p>	<p>9 LA ENFERMERAS CON QUIENES FUI ASIGNADO IDENTIFICARON MIS TEMORES Y DUDAS EN LA PRÁCTICA CONJUNTA.</p>	<p>SIEMPRE CASI SIEMPRE OCASIONALMENTE CASI NUNCA NUNCA</p>
<p>3 FUI ASIGNADO CON UNA ENFERMERA QUIEN ME AYUDO A INTEGRAR CONOCIMIENTOS TEÓRICO PRÁCTICOS</p>	<p>TOTAL ACUERDO DE ACUERDO NI ACUERDO NI DESACUERDO DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO</p>	<p>10 LA PERMANENCIA EN UN SERVICIO ÚNICO DURANTE TODA LA PRÁCTICA FAVORECE REALMENTE EL APRENDIZAJE</p>	<p>TOTAL ACUERDO DE ACUERDO NI ACUERDO NI DESACUERDO DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO</p>
<p>4 LA PROFESORA TIENE ESCASA INFLUENCIA EN MI APRENDIZAJE DURANTE LA PRÁCTICA CLÍNICA</p>	<p>TOTAL ACUERDO DE ACUERDO NI ACUERDO NI DESACUERDO DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO</p>	<p>11 LA ENFERMERA CON QUIEN ME ASIGNARON SE COMPORTA COMO PRINCIPIANTE.</p>	<p>SIEMPRE CASI SIEMPRE OCASIONALMENTE CASI NUNCA NUNCA</p>
<p>5 LA ENFERMERAS CON QUIENES FUI ASIGNADO VERIFICARON LA INTERPRETACIÓN QUE HICE DE SUS EXPLICACIONES.</p>	<p>SIEMPRE CASI SIEMPRE OCASIONALMENTE CASI NUNCA NUNCA</p>	<p>12 LA ENFERMERA CON QUIEN ME ASIGNAN NO ES EN ABSOLUTO RESPONSABLE DE MI APRENDIZAJE CLÍNICO</p>	<p>TOTAL ACUERDO DE ACUERDO NI ACUERDO NI DESACUERDO DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO</p>
<p>6 LA ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS SE DETERIORA CUANDO INTERACTUAMOS EN LA PRÁCTICA CON ALUMNOS DE OTRA ESCUELA O SEMESTRE.</p>	<p>TOTAL ACUERDO DE ACUERDO NI ACUERDO NI DESACUERDO DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO</p>	<p>13 LA ENFERMERA CON QUIEN ME DESIGNARON DOMINA TÉCNICAS Y PROTOCOLOS PERO EN CASOS ESPECIALES DEBE SER AYUDADA</p>	<p>SIEMPRE CASI SIEMPRE OCASIONALMENTE CASI NUNCA NUNCA</p>
<p>7 LA ENFERMERA Y YO REALIZAMOS INTERVENCIONES CONJUNTAS PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE.</p>	<p>SIEMPRE CASI SIEMPRE OCASIONALMENTE CASI NUNCA NUNCA</p>	<p>14 LA PRÁCTICA COMPARTIDA CON OTROS ESTUDIANTES ES SUPERFLUA PARA LA TRANSMISIÓN DEL CONOCIMIENTO DE ENFERMERÍA</p>	<p>TOTAL ACUERDO DE ACUERDO NI ACUERDO NI DESACUERDO DESACUERDO TOTALMENTE EN DESACUERDO</p>

15  
LA ENFERMERA CON QUIEN ME DESIGNARON SABE INTEGRAR SUS CONCEPTOS AL AFRONTAR LA PRÁCTICA DE MANERA QUE PUEDE APROBAR O RECHAZAR UNA TEORÍA

- SIEMPRE
- CASI SIEMPRE
- OCASIONALMENTE
- CASI NUNCA
- NUNCA

23  
LA RELACIÓN DE ALUMNOS DE NIVEL TÉCNICO Y LICENCIATURA MEJORA EL PROCESO DE TRANSMISIÓN DEL CONOCIMIENTO ENFERMERO

- TOTAL ACUERDO
- DE ACUERDO
- ~~NI ACUERDO NI DESACUERDO~~
- DESACUERDO
- TOTALMENTE EN DESACUERDO

16  
LA ENFERMERA CON QUIEN ME DESIGNARON NO CORRELACIONA SU PRÁCTICA CON LA TEORÍA.

- SIEMPRE
- CASI SIEMPRE
- OCASIONALMENTE
- CASI NUNCA
- NUNCA

24  
LA ENFERMERA CON QUIEN FUI ASIGNADO PREFIERE REALIZAR SUS INTERVENCIONES SIN MI PRESENCIA.

- SIEMPRE
- CASI SIEMPRE
- OCASIONALMENTE
- CASI NUNCA
- NUNCA

17  
LA INTERACCION ENTRE ESTUDIANTES ES DE GRAN IMPORTANCIA PARA LA TRANSMISIÓN DEL CONOCIMIENTO

- SIEMPRE
- CASI SIEMPRE
- OCASIONALMENTE
- CASI NUNCA
- NUNCA

25  
LA INTERACCIÓN CON ALUMNOS DE OTRA ESCUELA O SEMESTRE FOMENTA LA ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS DURANTE LA PRÁCTICA CLÍNICA

- TOTAL ACUERDO
- DE ACUERDO
- ~~NI ACUERDO NI DESACUERDO~~
- DESACUERDO
- TOTALMENTE EN DESACUERDO

18  
LA ENFERMERA CON QUIEN ME DESIGNARON DESCONOCE ALGUNAS TÉCNICAS Y PROTOCOLOS PERO SE COMPORTA DILIGENTEMENTE.

- SIEMPRE
- CASI SIEMPRE
- OCASIONALMENTE
- CASI NUNCA
- NUNCA

26  
LA ENFERMERAS CON QUIENES FUI ASIGNADO IGNORAN LA INTERPRETACIÓN QUE HAGO DE SUS EXPLICACIONES.

- SIEMPRE
- CASI SIEMPRE
- OCASIONALMENTE
- CASI NUNCA
- NUNCA

19  
LA ENFERMERA CON QUIEN FUI DESIGNADO ES LA RESPONSABLE DIRECTA DE MI APRENDIZAJE CLÍNICO

- TOTAL ACUERDO
- DE ACUERDO
- ~~NI ACUERDO NI DESACUERDO~~
- DESACUERDO
- TOTALMENTE EN DESACUERDO

27  
LA PROFESORA ES LA RESPONSABLE DIRECTA DE MI APRENDIZAJE DURANTE LA PRÁCTICA CLÍNICA

- TOTAL ACUERDO
- DE ACUERDO
- ~~NI ACUERDO NI DESACUERDO~~
- DESACUERDO
- TOTALMENTE EN DESACUERDO

20  
LA ENFERMERA CON QUIEN ME DESIGNARON TIENE MUCHA EXPERIENCIA CLÍNICA

- TOTAL ACUERDO
- DE ACUERDO
- ~~NI ACUERDO NI DESACUERDO~~
- DESACUERDO
- TOTALMENTE EN DESACUERDO

28  
LA ENFERMERA CON QUIEN FUI ASIGNADO TIENE FRANCAS DIFICULTADES PARA INTEGRAR TEORÍA Y PRÁCTICA.

- SIEMPRE
- CASI SIEMPRE
- OCASIONALMENTE
- CASI NUNCA
- NUNCA

21  
EL ROTAR POR DIFERENTES SERVICIOS ES FUNDAMENTAL PARA MI APRENDIZAJE

- TOTAL ACUERDO
- DE ACUERDO
- ~~NI ACUERDO NI DESACUERDO~~
- DESACUERDO
- TOTALMENTE EN DESACUERDO

29  
DURANTE MI ESTANCIA EN EL SERVICIO CONSIDERO QUE DEBO ESTAR CON EL MISMO GRUPO DE PACIENTES PARA AFIANZAR MIS CONOCIMIENTOS

- TOTAL ACUERDO
- DE ACUERDO
- ~~NI ACUERDO NI DESACUERDO~~
- DESACUERDO
- TOTALMENTE EN DESACUERDO

22  
LA ENFERMERA CON QUIEN ME ASIGNARON SUBESTIMA MIS DUDAS Y TEMORES DURANTE LA PRÁCTICA.

- SIEMPRE
- CASI SIEMPRE
- OCASIONALMENTE
- CASI NUNCA
- NUNCA

30  
HE SIDO ASIGNADO CON ENFERMERAS QUE TIENEN NULA CAPACIDAD DE INSTRUCCIÓN

- SIEMPRE
- CASI SIEMPRE
- OCASIONALMENTE
- CASI NUNCA
- NUNCA

31  
LA INTERACCIÓN CON ALUMNOS DE ESPECIALIDAD FAVORECE EL PROCESO DE APRENDIZAJE CLÍNICO

- TOTAL ACUERDO
- DE ACUERDO
- ~~NI ACUERDO NI DESACUERDO~~
- DESACUERDO
- TOTALMENTE EN DESACUERDO

32  
LA INTERACCIÓN CON ALUMNOS DE ESPECIALIDAD ES DESFAVORABLE PARA EL PROCESO DE APRENDIZAJE CLÍNICO

- TOTAL ACUERDO
- DE ACUERDO
- ~~NI ACUERDO NI DESACUERDO~~
- DESACUERDO
- TOTALMENTE EN DESACUERDO