



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN PEDAGOGÍA**

TESIS:

**HABILIDADES CLINICAS DESARROLLADAS POR LOS ALUMNOS
EN LA ASIGNATURA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II.**

PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRÍA EN PEDAGOGÍA

PRESENTA:

MARGARITA CÁRDENAS JIMÉNEZ

DIRECTORA:

MTRA. OFELIA EUSSE ZULUAGA

México, D.F. Octubre, 2012



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.

AGRADECIMIENTOS:

A Dios por permitirme EXISTIR y por todo lo que me ha concedido SER.

A mi madre, hermanos, sobrinos y sobrinos nietos que me han hecho sentir que soy parte de su familia, han compartido conmigo el amor, hemos disfrutado cada logro y se sienten orgullosos de los míos.

A mis amigas, con quienes he compartido el amor fraterno, la solidaridad, la tolerancia, la búsqueda de ideales, el llorar mis fracasos, la feliz convivencia y el impulso para ser mejor cada día.

A la Mtra. Ofelia Eusse Zuluaga, por su disposición para compartir sus saberes conmigo y por confiar en mí.

A mis alumnos, que en 36 años han sido mis maestros, que han compartido conmigo sus sueños, y hemos soñado juntos; con su jovialidad me han hecho sentir joven para atreverme a la búsqueda constante del conocimiento, para equivocarme y rectificar y tener la esperanza de ser cada día mejor. Son el motivo de mi docencia.

A Sofía por compartir un proyecto de vida y por la complicidad plena en la búsqueda de conocimientos en la docencia y en la enfermería.

A Gibrán quien motiva mi deseo de ser mejor persona.

Índice

	Págs.
Introducción	5
Justificación	8
I. Planteamiento del problema	11
II. Objetivo	15
III. Marco Teórico	16
1. Habilidades cognitivas para el aprendizaje en Enfermería	17
2. Habilidades comunicativas y de interacción para el aprendizaje en Enfermería	24
3. Habilidades tecnológicas para el aprendizaje en Enfermería	29
4. La práctica clínica de enfermería	32
5. La docencia en Enfermería	35
IV. Material Y Métodos	42
V. Resultados	44
1. Habilidades cognitivas	44
2. Habilidades de comunicación e interacción	66
3. Habilidades tecnológicas	81
VI. Conclusiones	103
VII. Propuestas que se derivan de este estudio	106
Bibliografía	109

Anexos	112
1 Validación del instrumento de investigación	113
2 Programa de la asignatura de Fundamentos de Enfermería II	118
3 Escala de valoración de habilidades clínicas	125

Introducción.

El presente estudio denominado "Habilidades clínicas desarrolladas por los alumnos en la asignatura de Fundamentos de Enfermería II", responde al interés de identificar que habilidades clínicas desarrollan los alumnos en la práctica clínica y cuáles son las que se realizan con mayor frecuencia con el objeto de establecer estrategias que apunten a transformar la docencia en la clínica y en consecuencia el aprendizaje de los alumnos.

La asignatura en cuestión forma parte del plan de estudio de la Licenciatura de Enfermería y obstetricia y es la primera experiencia práctica que tienen los alumnos durante el proceso de formación profesional, las experiencias que de ella resulten serán significativas para la preparación futura en las siguientes prácticas escolares; de los docentes de enfermería y las enfermeras en servicio depende en gran medida que éstas resulten significativas en el desarrollo profesional de los estudiantes.

El interés de estas habilidades no sólo se centra en el aprendizaje que de ellas logren los alumnos en su práctica clínica, sino la trascendencia que tienen para el cuidado de la salud de las personas sanas o enfermas, ya que una práctica incorrecta puede afectar el proceso de recuperación de la persona, de aquí la necesidad de identificar el nivel de desempeño de los alumnos para mejorar las deficiencias y mantener los aciertos, en el entendido que el aprendizaje del cuidado tiene implicaciones muy amplias y complejas, este estudio se enfoca hacia las habilidades que los alumnos dicen adquirir durante su experiencia clínica.

La habilidad entendida como la disposición que muestra el individuo para realizar tareas o resolver problemas en áreas de actividad determinadas (Anastasi, 1970:35), esta disposición se ve acompañada por la capacidad individual, la constancia y el conocimiento del proceso a seguir. Las habilidades establecidas derivaron del programa de prácticas de la asignatura de Fundamentos de Enfermería II, después del análisis de las actividades de aprendizaje que plantea y de la revisión teórica de los conceptos inherentes, se agruparon en las siguientes habilidades: cognitivas, comunicativas y de interacción y tecnológicas y se constituyeron en un instrumento tipo escala de likert cuyos criterios utilizados para la valoración realizada por los alumnos fueron: sin desempeño, principiante, desempeño medio, desempeño alto y experto, adaptado de los niveles de desempeño profesional de la teoría titulada: Del principiante al experto (Benner, 2009:78), cuyo interés es indagar "¿cómo las enfermeras aprenden a hacer enfermería?", se dirige a las enfermeras profesionales, sin embargo, fue un referente para este estudio que se centra en los estudiantes de enfermería.

Los resultados obtenidos dan cuenta del nivel de complejidad que los alumnos manifiestan en la realización de dichas tareas y que en algunas se deberá promover su aprendizaje en prácticas posteriores.

Este estudio se conforma por los siguientes apartados:

En la justificación, se sustenta la necesidad de este estudio para promover formas de aprendizaje innovadoras en la práctica clínica que resulten en el conocimiento de las acciones para el cuidado de enfermería; en el planteamiento del problema, se describe la docencia que se realiza durante el proceso de la práctica clínica; el objetivo da cuenta del propósito que se planteó al realizar este estudio; el marco

teórico puntualiza los referentes que dieron sustento al proceso de investigación así como al análisis de los resultados; en material y métodos se refiere el procedimiento que se siguió para la obtención de la información; en los resultados se presentan las opiniones vertidas por los alumnos, sistematizadas en cuadros y gráficas; las conclusiones y propuestas son los últimos apartados donde se establecen las propuestas a seguir para mejorar el aprendizaje de las habilidades clínicas en enfermería.

Justificación

El antecedente de este trabajo, es un proyecto PAPIME (DGAPA, 2010) que se llevó a cabo en la ENEO titulado "La tutoría clínica en Enfermería" efectuado con alumnos que cursaron la asignatura de Enfermería en el Adolescente Adulto y Anciano ubicada en el quinto semestre de la Licenciatura e Enfermería, con sede de prácticas en el Hospital General de México; este estudio aportó una experiencia pedagógica significativa en la que se describió el papel del docente durante la práctica con el objeto de guiar, orientar, asesorar y favorecer las experiencias que favorecieran el aprendizaje de los alumnos en la práctica clínica. Al reflexionar sobre tal experiencia y visualizar que la Enfermería Fundamental -otra área del plan de estudios- requiere de estrategias reales y concretas para promover prácticas significativas dado que son las primeras experiencias clínicas, surge la motivación de investigar los factores que inciden en el proceso enseñanza aprendizaje de los alumnos que cursan la asignatura de Fundamentos de Enfermería II en el entorno clínico, sin dejar de reconocer los diversos factores que condicionan tal experiencia y a partir de esta información, derivar otros estudios que amplíen la visión de la problemática de aprendizaje de los alumnos y las implicaciones que tiene en la docencia de la enfermería.

La asignatura de Fundamentos de Enfermería está dividida en dos programas, cuya denominación es la misma, en el segundo semestre se imparte la I y en el tercero la II, cada una tiene objetivos diferentes, en la primera se propone *"Introducir al alumno en la disciplina de Enfermería mediante el estudio de los elementos teórico conceptuales que la caracterizan, así como la adquisición de la metodología propia del cuidado de Enfermería"*, en la segunda asignatura se establece el siguiente objetivo: *"Sistematizar el cuidado de Enfermería a través de la*

aplicación de una metodología propia en beneficio de la persona"(ENEO,UNAM, 2000: 27 y 28).

Del programa de Fundamentos de Enfermería II emana el presente estudio ya que a través de la práctica clínica se espera que el alumno desarrolle una serie de habilidades para *el cuidado de las personas* hospitalizadas y la puesta en marcha de las tecnologías propias a través del proceso de Enfermería¹.

Es el primer acercamiento que tienen los alumnos con el conocimiento disciplinar de la enfermería y se espera que las prácticas de Fundamentos de Enfermería II tengan un carácter integrador de todos los elementos teóricos, metodológicos y tecnológicos disciplinares abordados durante el tercer semestre, de ahí que resulte trascendente para la formación futura en esta área el que se indague el nivel de desempeño de los alumnos en las habilidades propuestas en el programa de prácticas con el fin de analizar las áreas más desarrolladas: tecnológica, cognitiva o comunicativa y de interacción, así como las menos desempeñadas con el objeto de valorar por una parte, su pertinencia dentro del programa de prácticas dada su complejidad y por otra, establecer estrategias para su mejor desempeño.

Asimismo, en el Plan de Desarrollo(ENEO,2011:8), se manifiesta el interés por establecer una búsqueda permanente de aquellas formas de promover el aprendizaje significativo en los alumnos en los diferentes niveles de formación que ofrece la Escuela: Licenciatura, Especialidades y Maestría, de tal manera que se cumpla con la misión de "*Formar y*

¹ Método de cuidado que consiste en cinco etapas: valoración, diagnósticos de enfermería, planeación de los cuidados, ejecución de las intervenciones de enfermería y evaluación de las respuestas de la persona cuidada.cfr. Rosalinda Alfaro-LeFevre (1999) "Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso".4ª ed. Barcelona, Springer, p. 32

desarrollar profesionales de enfermería en diferentes niveles y modalidades académicas, con sólidos conocimientos disciplinares, científicos y humanísticos; a través del desarrollo de capacidades cognitivas, actitudes y valores éticos en los estudiantes, que les permita asumir la responsabilidad profesional ante las necesidades de la sociedad multicultural, para contribuir de manera decisiva en la transformación de la cultura, el cuidado de la salud de las personas y a la mejora de las condiciones de vida de la población a fin de legitimar y prestigiar la actividad profesional del cuidado” (ENEEO, 2011:8).

Es a través del desarrollo de diversos proyectos de investigación relacionados con el aprendizaje de los alumnos, de la práctica docente y de los entornos clínicos donde ocurre el aprendizaje de los alumnos, como se pueden establecer propuestas docentes que apunten a mejorar la enseñanza aprendizaje de la enfermería en la clínica que le permitan a los alumnos introyectar las implicaciones que tiene el cuidado de las personas, con acciones reflexivas derivadas de las necesidades de la persona que se cuida.

I. Planteamiento del problema

El plan de estudios responde a una organización por áreas de conocimiento cuyo propósito fundamental es la integración. Las áreas que lo conforman son: Enfermería y Salud en México, Proceso Salud-Enfermedad en las Diferentes Etapas Evolutivas y Proceso Salud-Enfermedad en la Reproducción Humana.

El área Enfermería y Salud en México se compone de un conjunto de asignaturas de las disciplinas fundamentales, las cuales proporcionan los conocimientos básicos del área de la salud en general y de la enfermería en particular. El dominio de los aprendizajes de estas asignaturas permite cubrir el prerrequisito para estudios más especializados y proporcionan los elementos teórico-metodológicos y técnicos básicos para comprender el campo de la enfermería(ENEO,UNAM, 2000: 31), las asignaturas son las siguientes: En el primer semestre, Historia de la Enfermería en México, Metodología de la Investigación, Atención a la Salud y Socioantropología; en el segundo semestre: Anatomía y Fisiología Humana I, Psicología General, Ecología y Salud y Fundamentos de Enfermería I; en el tercer semestre: Farmacología. Nutrición Básica y Aplicada, Anatomía y Fisiología Humana II y *Fundamentos de Enfermería II*.

La asignatura en cuestión, posee un bloque teórico de 80hrs.y un bloque práctico de 180 hrs. las que se desarrollan durante seis semanas posteriores a la teoría, es la primera experiencia clínica que realizan los alumnos en escenarios de práctica hospitalaria.

Como se observa, existe una desarticulación de la teoría con la práctica, lo que ocasiona una formación carente de reflexión, dogmática y

mecánica donde el saber aprendido en el aula se aplica en la práctica sin posibilidades de retroalimentación de teorización y de construcción.

Durante el bloque teórico, los alumnos realizan prácticas análogas en el laboratorio de enseñanza clínica, ahí los alumnos efectúan los procedimientos establecidos en el programa de prácticas, el docente hace la demostración y los alumnos, la devolución del procedimiento, relación lineal entre el docente y los alumnos ante el conocimiento, sin embargo, estas acciones son consideradas la base para la práctica ya que realizarán dichos procedimientos con personas hospitalizadas.

La enseñanza de la Enfermería por décadas se ha basado en el modelo biomédico matizado de una racionalidad marcadamente positivista y estrechamente instrumental, se privilegian el hacer irreflexivo más que el saber y el ser y la práctica se concibe como la aplicación mecánica de la teoría, las técnicas y procedimientos por lo que se fomenta la repetición, subordinación y obediencia.

El docente que coordina la práctica de los alumnos, previo al inicio de esta, crea un plan de rotación el cual consiste en determinar el número de días que asistirá un alumno a un servicio determinado, es requisito indispensable que pasen por todos los servicios otorgados por la coordinadora de enseñanza de enfermería del hospital, aunque no exista relación directa con el programa de prácticas de la asignatura, de ahí que los alumnos tengan su primera experiencia clínica en servicios de alta especialidad y complejidad tales como: unidad de cuidados intensivos, servicio de diálisis peritoneal por citar algunos y otros de menor complejidad como central de equipos donde el alumno solo realiza actividades eminentemente prácticas sin interacción con las personas que se cuidan.

En los servicios, los alumnos son asignados con las enfermeras generales o con las auxiliares de enfermería, depende de la disposición docente que tengan las enfermeras para participar en la conducción de la práctica y se torne un espacio de aprendizaje, en otros casos, los estudiantes se convierten en fuerza de trabajo que contribuye a disminuir las cargas laborales de la enfermera asignada.

En este contexto las enfermeras docentes, tienen que conciliar entre las normas establecidas por la institución de salud para las prácticas de los alumnos y las expectativas de la escuela y del plan de estudio, de la planeación previa hacen ajustes de acuerdo a las demandas institucionales, establece comunicación con las enfermeras en servicio, con las supervisoras, subjefe de enfermeras y la jefe de enfermeras, con el objeto de sensibilizar a las enfermeras para su participación en el proceso formativo de los alumnos y favorecer las mejores condiciones para la práctica.

Para los alumnos resulta un enfrentamiento a una realidad a la que no están preparados, tienen que conciliar por una parte, las exigencias de las enfermeras en cuanto a su desempeño caracterizado por: la obediencia, disposición para el trabajo, "ser comedidos", sumisos y siempre demostrar que están haciendo algo, no se concibe a un alumno sentado leyendo el expediente clínico o un libro y algunas permiten la "plática" con los enfermos; por otra parte, deben cumplir con las exigencias del docente de enfermería, quién los visita en los servicios, los interroga sobre a quién cuidan, qué procedimientos le han realizado, qué patología tiene y les hace observaciones sobre la forma en que portan el uniforme.

En muchos casos cuando el alumno se está adaptando al servicio asignado ya es momento de ir a otro servicio y así sucesivamente hasta que concluye la práctica.

Al concluir la práctica se hace una evaluación conjunta con las enfermeras de los servicios, alumnos y docente, sobre el desempeño general de los alumnos y la acreditación se basa en la realización de un proceso de enfermería cuyos procedimientos para su realización están incorporados en las diferentes actividades de aprendizaje que plantea el programa de prácticas; en la asistencia, puntualidad y presentación de los alumnos, a estos últimos rubros se le da la misma ponderación que al primero aunque no se relacionan directamente con el aprendizaje de la asignatura.

Por lo antes expuesto surge la interrogante: ¿Cuáles son los conocimientos, habilidades, valores y aptitudes que aprende el alumno en las prácticas de la asignatura de Fundamentos de Enfermería II?

II. Objetivo.

Analizar que habilidades clínicas desarrollan los alumnos en la práctica clínica con el objeto de establecer estrategias que apunten a mejorar el aprendizaje de los alumnos y mantener o retroalimentar los logros para transformar la docencia en la clínica.

III. Marco Teórico.

La aptitud es una disposición innata, potencial, natural que posee la persona y puede ser puesta en acción, que puede ejercerse, puede ponerse en movimiento, es la "materia prima" a partir de la cual es posible el desarrollo de habilidades; cabe aclarar, que el punto de partida no es exactamente el mismo para todos los sujetos, es decir, aunque se asuma que un individuo normalmente es apto para la amplia gama de desempeños que puede llegar a tener, hay diferencias en cada persona, esto es, puede tenerse un potencial natural más rico para algunos desempeños que para otros (Anastasi, 1970:43).

Algunas de las diferencias individuales tienen su origen en las diversas características de la aptitud en el ser humano; las aptitudes no necesariamente se refieren a dones extraordinarios concedidos sólo a algunas personas privilegiadas, están presentes, con diversos niveles de desarrollo, en todos los individuos (Anastasi, 1970:44).

El movimiento de la potencia al acto, ocurre cuando la persona va teniendo diferentes experiencias de aprendizaje, tanto en su entorno familiar y social, como en la educación formal; este movimiento permite que evolucione lo que sólo estaba presente como potencial natural y como consecuencia de tal evolución, se desarrolle habilidad en alguno de los ámbitos posibles, misma que se evidencia en desempeños que pueden tener cada vez un mayor nivel de calidad.

Existen diferentes concepciones en relación al término habilidad, en este trabajo se concibe como la disposición que muestra el individuo para realizar tareas o resolver problemas en áreas de actividad determinadas (Anastasi, 1970:65), esta disposición se ve acompañada por la

capacidad individual, la constancia y el conocimiento del proceso a seguir.

Debido a la complejidad de campos donde actúa la persona, existen diferentes tipos de habilidades, desde las puramente manuales hasta las intelectuales, en el campo de la Enfermería las habilidades que se espera desarrollen los alumnos para el cuidado de la persona son las cognitivas, tecnológicas, comunicativas y de interacción, mismas que se describen a continuación.

1.-Habilidades cognitivas para el aprendizaje en enfermería.

El aprendizaje es la resultante compleja de la confluencia de factores sociales, como la interacción comunicativa con otras personas, compartida en un momento histórico y con determinantes culturales particulares. La construcción, resultado de una experiencia de aprendizaje no se transmite de una persona a otra de manera mecánica como si fuera un objeto, sino mediante procesos mentales que se suceden durante la interacción del sujeto con el mundo material y social (Cazanueva, 2008:72).

Por tanto, el aprendizaje es el proceso de adecuar las estructuras mentales para interpretar y establecer relación con el ambiente, el aprender se convierte en la búsqueda de sentidos y la construcción de significados a través de un proceso de edificación y generación, no de memorizar y repetir información, por lo que cada persona genera su propio conocimiento, sus propias reglas y modelos mentales con los que da sentido y significado a sus experiencias y acciones, claro está que en el proceso de formación profesional de la enfermería los docentes juegan un papel importante en la clínica.

El conocimiento, proceso de interacción entre el sujeto y el medio, pero el medio entendido social y culturalmente, no solamente físico, considera al individuo como el resultado del proceso histórico y social donde el lenguaje desempeña un papel esencial (Vygotsky, 1995: 65).

El mismo autor plantea cinco conceptos que son fundamentales en el desarrollo de las habilidades cognitivas: *las funciones mentales, las habilidades psicológicas, la zona de desarrollo próximo, las herramientas psicológicas y la mediación*. A continuación, se explica cada uno de estos conceptos.

Funciones mentales.

Las funciones mentales son de dos tipos (Vygotsky 1995:67): las inferiores y las superiores. Las inferiores son aquellas con las que se nace, son las funciones naturales y están determinadas genéticamente, el comportamiento derivado de estas funciones es limitado y está determinado por lo que se puede hacer, limitan el comportamiento ante una reacción o respuesta al ambiente y la conducta es impulsiva.

Las funciones mentales superiores se obtienen y se desarrollan a través de la interacción social y se determinan en la medida en que la persona está inmersa en una sociedad específica con una cultura concreta, el comportamiento derivado de dichas funciones está abierto a mayores posibilidades y el conocimiento es resultado de la interacción social, en la interacción con los demás se adquiere conciencia propia, se aprende el uso de los símbolos que, a su vez, permiten pensar en formas cada vez más complejas, a mayor interacción social, mayor conocimiento, más posibilidades de actuar, más robustas funciones mentales (Vygotsky, 1995: 78).

De acuerdo con esta perspectiva, la persona es ante todo un ser cultural y esto es lo que establece la diferencia entre ésta y otro tipo de seres vivientes, incluyendo los primates. El punto central de esta distinción entre funciones mentales inferiores y superiores es que la persona no se relaciona únicamente en forma directa con su ambiente, sino también a través de y mediante la interacción con los demás individuos, podría decirse que la persona es porque los demás son.

En cierto sentido, se es lo que los demás son, este proceso se denota de manera importante en los estudiantes durante su práctica clínica ya que se incorporan a un grupo social donde se practica la enfermería, en ambientes hospitalarios y comunitarios y es a través de la interacción con las enfermeras y los profesionales de la salud que introyecta el ser, el saber y el hacer de la enfermería, propuesto en el programa de la asignatura.

Habilidades psicológicas.

Las funciones mentales superiores se manifiestan tanto en el ámbito social como individual, La atención, la memoria, la formulación de conceptos son primero un fenómeno social y después, paulatinamente, se convierten en una propiedad de la persona. Cada función mental superior, primero es social, es decir primero es interpsicológica y después es individual, personal, es decir, intrapsicológica (Vygotsky, 1995: 84).

Un ejemplo es cuando un alumno de enfermería al no poder realizar un cuidado se manifiesta desanimado y con cierto nivel de frustración, rechazo, estas manifestaciones corresponden a una función mental inferior dado que es una reacción al ambiente, pero si estas manifestaciones las utiliza como una forma de comunicación con las enfermeras en servicio y con los docentes de la clínica, forma parte de la

comunicación que solo se da en la interacción con los otros, esta reacción es una función mental superior interpsicológica, pues sólo es posible como comunicación con los demás.

Esta diferencia entre las habilidades interpsicológica y las intrapsicológica y su transición de las primeras a las segundas conforman el *concepto de interiorización* caracterizado porque la persona llega a su plenitud en la medida en que se apropia, hace suyo, interioriza las habilidades interpsicológicas, que dependen inicialmente de los otros y posteriormente a través de la interiorización, la persona adquiere la posibilidad de actuar por sí misma y de asumir la responsabilidad de su actuar. Desde este punto de vista, el proceso de interiorización es fundamental en el desarrollo: lo interpsicológico se vuelve intrapsicológico.

Zona de desarrollo próximo.

En el paso de una habilidad interpsicológica a una habilidad intrapsicológica los demás juegan un papel importante, la posibilidad o potencial que las personas tienen para ir desarrollando las habilidades psicológicas depende de los demás, este potencial de desarrollo es llamado zona de desarrollo próximo (Vygotsky, 1995:95).

Desde esta perspectiva, la zona de desarrollo próximo es la posibilidad que tienen las personas de aprender en el ambiente social, en la interacción con los demás. El conocimiento personal y la experiencia de los demás es lo que posibilita el aprendizaje; consecuentemente mientras más rica y frecuente sea la interacción con los otros, el conocimiento será más rico y amplio. La zona de desarrollo próximo, está determinada socialmente, se aprende con la ayuda de los demás, en la interacción social y esta interacción posibilita el aprendizaje.

Otra forma de plantear el concepto de zona de desarrollo próximo consiste en que es la etapa de máxima potencialidad de aprendizaje con la ayuda de los demás, puede verse como una etapa de desarrollo de la persona, del ser humano, donde se da la máxima posibilidad de aprendizaje.

En esta etapa, Las enfermeras docentes y las enfermeras en servicio promueven el aprendizaje de las habilidades clínicas, motivan a los alumnos a través de diferentes estrategias de aprendizaje, gradualmente asumirán la responsabilidad de construir su conocimiento y guiar su propio comportamiento.

En conclusión, el nivel de desarrollo de las habilidades interpsicológicas depende del nivel de interacción social y el nivel de desarrollo y aprendizaje que los alumnos pueden alcanzar con ayuda, guía o colaboración de los docentes, las enfermeras o de sus compañeros.

Herramientas psicológicas.

Las funciones mentales superiores se adquieren en la interacción social, en la zona de desarrollo próximo, en este sentido se plantean los siguientes cuestionamientos: ¿Cómo se da esa interacción social? ¿Qué es lo que hace posible la transición de las funciones mentales inferiores a las funciones mentales superiores? ¿Qué es lo que hace posible que se pase de las habilidades interpsicológicas a las habilidades intrapsicológicas? ¿Qué hace que se aprenda, que se construya el conocimiento?; los símbolos, las obras de arte, la escritura, los diagramas, los mapas, los dibujos, los signos, los sistemas numéricos, son las herramientas psicológicas (Vygotsky,1995:118) que posibilitan la transición de las funciones mentales inferiores a las superiores y son el puente entre las habilidades interpsicológicas (sociales) y las intrapsicológicas (personales).

Las herramientas psicológicas median el pensamiento, los sentimientos y la conducta. La capacidad de pensar, sentir y actuar, depende de las herramientas psicológicas que se usan para desarrollar esas funciones mentales superiores, ya sean interpsicológicas o intrapsicológicas.

Tal vez la herramienta psicológica más importante es el lenguaje, inicialmente se usa como medio de comunicación entre los individuos en las interacciones sociales y progresivamente se convierte en una habilidad intrapsicológica y por consiguiente, en una herramienta con la que se piensa y controla el propio comportamiento.

El lenguaje es la herramienta que posibilita el tener conciencia de uno mismo y el ejercitar el control voluntario de las propias acciones, ya no se imita simplemente la conducta de lo demás, ya no se reacciona simplemente al ambiente, con el lenguaje se tiene la posibilidad de afirmar o negar, lo cual indica que el individuo tiene conciencia de lo que es, que actúa con voluntad propia conoce, se desarrolla y crea su propia realidad (Vygotsky, 1995:97).

El lenguaje es la herramienta psicológica con la que la persona se apropia de la riqueza del conocimiento y el aprendizaje es el proceso por el que se apropian del contenido y al mismo tiempo de las herramientas del pensamiento.

La mediación.

Cuando se nace solo se tienen las funciones mentales inferiores, las funciones mentales superiores todavía no están desarrolladas, a través de la interacción con los demás, se aprende y al ir aprendiendo, se desarrollan las funciones mentales superiores, lo que se aprende depende de las herramientas psicológicas que se posean y éstas obedecen a la cultura en que se vive, en consecuencia, los

pensamientos, las experiencias, las intenciones y las acciones están culturalmente mediadas.

La cultura proporciona las orientaciones que estructuran el comportamiento de las personas, las percepciones que se tienen de lo deseable o no deseable depende del ambiente, de la cultura a la que se pertenece y de la sociedad de la cual se forma parte.

El hecho central de su psicología es el hecho de la mediación, la persona, en cuanto sujeto que conoce, no tiene acceso directo a los objetos de conocimiento, el acceso es mediado a través de las herramientas psicológicas de que dispone y el conocimiento se construye, a través de la interacción con los demás mediada por la cultura, desarrollada histórica y socialmente(Vygotsky 1995:101).

La cultura es el determinante primario del desarrollo individual, las personas son las únicas que crean cultura y es en ella donde se desarrollan y adquieren el contenido de su pensamiento y el conocimiento, además, la cultura es la que proporciona los medios para adquirir el conocimiento, dice que pensar y cómo pensar, da el conocimiento y la forma de construir ese conocimiento, por esta razón, se sostiene que el aprendizaje es mediado por la cultura (Vygotsky, 1995:120).

A partir de estas reflexiones se puede inferir que en el aprendizaje de las habilidades cognitivas de la asignatura de Fundamentos de Enfermería II se deben de tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

Aprender(Vygotsky, 1995:110),es hacerse autónomo e independiente, es necesitar cada vez menos del apoyo y ayuda de los adultos o de los pares con mayor experiencia. La evaluación de logros en el aprendizaje

se da a partir de la mayor o menor necesidad que tenga el alumno de los otros para aprender.

2.- Habilidades comunicativas y de interacción para el aprendizaje en enfermería.

La comunicación entre otras concepciones se define como el complejo proceso de carácter social e interpersonal mediante el cual se producen intercambios de mensajes, verbales y no verbales y se ejerce una influencia recíproca entre los interlocutores y propicia diversas interacciones racionales y emocionales entre estos, es educación, es dialogo, en la medida en que no es transferencia de saber, sino encuentro de sujetos interlocutores(Freire, 1973:8).

Para que el acto comunicativo sea efectivo, es necesario que las personas recíprocamente comunicantes, estén de acuerdo. Es decir, la expresión verbal de uno de los sujetos, tiene que ser percibida, dentro de un cuadro significativo común, por el otro sujeto.

Si no hay acuerdo en torno a signos, como expresiones del objeto significado, no puede haber comprensión entre los sujetos, lo que imposibilita la comunicación. Entre comprensión, inteligibilidad y comunicación, no hay separación, como si constituyesen momentos distintos del mismo proceso o del mismo acto, es más, inteligibilidad y comunicación se dan simultáneamente (Freire, 1977:8).

La comprensión del significado al que una persona llega es posible en la medida que al expresar su significación sea comprensible para la otra persona, de ahí que Freire (1977:9) apunte que la educación es

comunicación, diálogo, un encuentro de personas interlocutoras que buscan la significación de los significados².

Los procesos comunicativos se dan en dos planos fundamentales: uno, es que el objeto de la comunicación pertenece al dominio de lo emocional y el otro, en que el acto comunica conocimiento o estado mental (Freire, 1977:9).

En el primer caso, la comunicación, que se da a nivel emocional, "opera por contagio" (Schaff, 1966:25), es una comunicación en la cual uno de los sujetos, por un lado, advierte cierto estado emocional en el otro: miedo, alegría y odio entre otros, pudiendo contagiarse de tal estado y conocer, en lo que se expresa, el estado referido; en este tipo de comunicación no existe "la admiración" del objeto de comunicación que se expresa a través de signos lingüísticos.

En el segundo caso, la comunicación se experimenta entre las personas sobre algo (hecho concreto o una proposición) que los mediatiza y que se presenta como un hecho cognoscible, en ambos casos, la comunicación verdadera no es transferencia, o trasmisión del conocimiento, de un sujeto a otro, sino su coparticipación en el acto de comprender la significación; esta comunicación es eminentemente lingüística.

En síntesis, la comunicación eficiente requiere que los sujetos interlocutores incidan "su admiración" sobre el mismo objeto, que lo

² La significación surge de la representación de la realidad como experiencia subjetiva y como medio de interacción social y el significado es la relación del lenguaje con el mundo, de qué manera se articulan las palabras con la realidad. Cfr. En: Rincón, C. Carlos Albert, La significación, consultado el:3 de abril, 2012 en <http://docencia.udea.edu.co/comunicaciones/bajopalabra/capitulos/Unidad2LaSignificacion.PDF>

expresen a través de signos lingüísticos, pertenecientes al universo común de ambos para que así se comprendan de manera semejante, el objeto de comunicación (Freire, 1977: 10).

No hay pensamiento que no esté referido a la realidad directa o indirectamente marcado por ella, por consiguiente el lenguaje que lo expresa no puede estar exento de estas marcas (Freire, 1977:10). En este sentido, la comunicación que deben experimentar los alumnos por una parte es la emocional, ya que al interactuar con las personas que cuidan éstas se encuentran en un estado emocional alterado debido a su situación de salud y por la otra, la comunicación que se relaciona con las necesidades concretas de la persona y que son exploradas por el alumno y entrono a ellas se determinan los cuidados.

Es así que las relaciones interpersonales juegan una función muy importante en el desempeño de la actividad humana en los diferentes ámbitos sociales en que los que esta se desarrolla y tiene como base la comunicación, ésta cumple tres funciones fundamentales:

Función informativa. Se refiere al intercambio de mensajes con diferentes sentidos y significados.

Función reguladora. La comunicación actúa como reguladora de la actividad de los interlocutores.

Función afectiva. A través de los mensajes se transmiten emociones y afectos que influyen en la percepción interpersonal y complementan las dos funciones anteriores (Zaldivar, s/f).

Resulta imperativo observar la forma en que se habla ya que tiene una relación directa y está íntimamente unida con la forma en que se piensa,

separar estas dos funciones, que forman un todo cognitivo, es un ejercicio que da como resultado una visión parcial de los elementos cognitivos, sociales y culturales con los que se configura el discurso.

La interacción es escenario de la comunicación y a la inversa, no existe una sin la otra. En el proceso de comunicación los sujetos proyectan sus subjetividades y modelos del mundo, interactúan desde sus lugares de construcción de sentido. En términos muy generales, la interacción puede ser comprendida como “el intercambio y la negociación del sentido entre dos o más participantes situados en contextos sociales” (O’Sullivan,1997:21). Otra definición, apunta que “en la interacción social, el acento está puesto en la comunicación y la reciprocidad entre quienes promulgan, utilizan y construyen los códigos y las reglas” (O’Sullivan, 1997:21). En la docencia, la interacción se entiende como la participación enriquecedora para el grupo y en el grupo, cualitativamente es más adecuada la interacción en tanto mejor contribuya a propiciar la reflexión y cuestionamiento del grupo en relación con la tarea (Eusse, 1983:7). Estas concepciones ponen de manifiesto que sólo hay interacción social si hay una reciprocidad observable por parte de otros.

Generalmente se asocia el término interacción al de comunicación interpersonal, a las relaciones de comunicación en situación de copresencia, se considera que la comunicación interpersonal es la base de todas las comunicaciones humanas. Comprende interacciones en las que los individuos ejercen influencia recíproca sobre sus respectivos comportamientos, siempre en una situación de presencia física simultánea. En la relación de interacción, cada interlocutor intenta adaptarse al comportamiento y expectativas del otro, puesto que como se verá, la interacción implica el establecimiento de reglas, normas y

dinámicas compartidas. Las interacciones (Goffman,1972:52), son la realización, regular y rutinaria de los encuentros, o dicho de otra forma, son situaciones sociales completas, lo cual las aleja de los meros actos lineales de transmisión de información.

Las personas establecen relaciones con los demás por medio de interacciones que pueden calificarse como procesos sociales. Así, la comunicación es fundamental en toda relación social, es el mecanismo que regula y que, al fin y al cabo, hace posible la interacción entre las personas. Y con ella, la existencia de las redes de relaciones sociales que conforman lo que denominamos sociedad. Esto equivale a decir que toda interacción se fundamenta en una relación de comunicación.

En este marco de reflexión, debemos entender a la comunicación como un modo de acción, esto es, como un modo de interacción entre personas, grupos y colectivos sociales que forman "comunidades". Así, las modalidades específicas de la interacción se erigen como la trama constitutiva de lo social. De ahí que se puedan usar como sinónimos los términos de interacción comunicativa e interacción social.

Como puede notarse el estudio del pensamiento y el lenguaje para la comprensión de sus relaciones funcionales es una de las áreas más importantes en el proceso de aprendizaje a la que debe prestarse mayor atención para valorar la interconexión entre pensamiento y palabra por lo que no se puede pasar por alto la investigación sistemática de las habilidades comunicativas que utiliza el docente para la promoción del aprendizaje de los alumnos en el ámbito de la práctica clínica de enfermería.

3. Habilidades Tecnológicas para el aprendizaje en enfermería

Las habilidades tecnológicas son el potencial que se busca desarrollar en los estudiantes hacia el conocimiento de los instrumentos, su proceso de elaboración, su creación, la justificación de su utilización apropiada y de la manera de servirse de ella para otorgar cuidados a las personas que lo requieren; de ahí que las habilidades tecnológicas son "educables" en el sentido en que es posible contribuir a su desarrollo de diversas maneras; se habla, por ejemplo, de que el conocimiento del proceso a seguir, de las técnicas para llevarlo a cabo, el acceso a información sobre cómo deben manejarse los recursos y materiales precisos y la comprensión del problema a resolver, ayudan al desarrollo de las habilidades.

Sin embargo, no se puede afirmar que el desarrollo de una habilidad tecnológica sea consecuencia exclusivamente de procesos cognitivos complementados con la ejercitación en el desempeño de ciertas tareas, no se pueden considerar las habilidades como elementos aislados explicables por sí mismos, es un hecho que las actitudes del individuo son un factor de suma importancia que está presente en el proceso mediante el cual se pretende que éste desarrolle una habilidad, estimulando o inhibiendo los avances en el proceso mencionado, inclusive los valores que el individuo ha internalizado (función mental intrapsíquica) lo llevan a establecer prioridades en su vida que pueden estimular o desestimular el interés por el desarrollo de determinadas habilidades.

El desarrollo de habilidades tecnológicas tiene además, como nota característica, la posibilidad de transferencia en el sentido en que una habilidad no se desarrolla para un momento o acción determinados, sino

que se convierte en una cualidad, en una forma de respuesta aplicable a múltiples situaciones que comparten esencialmente la misma naturaleza en este caso la tecnología ; de allí que se hable de que las habilidades desarrolladas por un individuo configuran una forma peculiar de resolver tareas o resolver problemas relacionados con el cuidado (Collière, 1996:64).

La habilidad tecnológica en cualquiera de sus grados de desarrollo, se manifiesta en la ejecución del tipo de desempeños a los que dicha habilidad está referida, en otras palabras, son constructos que se asocian a la realización de determinadas acciones cuidativas que puede realizar la persona hábil.

Se infiere que las habilidades tecnológicas en la asignatura de Fundamentos de Enfermería II es el potencial que se busca desarrollar en los estudiantes hacia el conocimiento de los instrumentos, su proceso de elaboración, su creación, la justificación de su utilización apropiada y de la manera de servirse de ella para otorgar cuidados a las personas de acuerdo a sus necesidades de salud en vez de reducirse a la repetición de una técnica, al respecto Collière, sostiene lo siguiente:

“La técnica corresponde únicamente a la forma de utilizar tal o cual instrumento, es un procedimiento que es objeto de aprendizaje y crea un saber hacer pero aislado de un planteamiento tecnológico, pierde su significación y puede hacerse perjudicial e incluso peligrosa” (Collière 1996:65).

En la práctica de los cuidados de enfermería se ha recurrido a diferentes tecnologías como medios para tales cuidados, siendo las principales (Collière, 1996:67):

Las que son útiles para el *mantenimiento de la vida* cotidiana como: cuidados habituales de higiene, de alimentación, de relajación y de apariencia, su uso requiere un estudio de los hábitos de vida.

Otras tecnologías relacionadas con el mantenimiento de la vida son aquellas que compensan defectos funcionales las cuales tienen como objetivo paliar un daño funcional y permitir la realización de la actividad obstaculizada por ese daño para favorecer la autonomía parcial o total, entre estas se encuentran las que compensan las deficiencias de motricidad, de postura y alguna función específica.

Forma parte del dominio de los cuidados (Collière, 1996: 70) estar al tanto de la existencia de estas tecnologías ya que permite utilizarlas, aconsejarlas y enseñar a servirse de ellas.

Las tecnologías de *curación*, son técnicas e instrumentos cada vez más complejos que exigen un conocimiento preciso del disfuncionamiento que hay que compensar y del no funcionamiento que hay que paliar de tal forma que resulte apropiada la tecnología a utilizar por lo que Collière afirma: "*Todo instrumento para la curación requiere una justificación de su utilización con respecto a la naturaleza del mal, de la deficiencia o del daño funcional que espera curar o suplir*" (Collière, 1996: 72).

Por último, las tecnologías de información se caracterizan por ser de dos tipos: las que constituyen la valoración de enfermería o de acción sanitaria y las que contribuyen a la gestión del servicio de enfermería.

La primera, relacionada directamente con la coherencia y continuidad de los cuidados, expresión escrita de la evolución del proceso de cuidados y las segunda relacionadas con los elementos de coordinación

de la información dirigidos a garantizar las diferentes actividades de los servicios de enfermería.

Los instrumentos de información no pueden bastar por sí solos si no existen formas de recopilación de datos: reuniones de servicio, reuniones referentes a los cuidados o a la acción sanitaria, reuniones de gestión del servicio (Collière, 1996: 72).

Las tecnologías hasta aquí descritas son las que se deben de promover en el proceso de aprendizaje en la clínica, a partir del reconocimiento que en la interacción con las personas que se cuidan se definen las tecnologías que se requieren para su cuidado y es a partir de la relación con los demás alumnos, docente y enfermeras como se construyen los significados en relación a las tecnologías y su relación con el cuidado.

4. La práctica clínica de enfermería

La experiencia (Benner, 1989: 50), es el resultado de cuestionar, especificar o negar las nociones preconcebidas, es decir, a medida que la enfermera gana experiencia el conocimiento clínico se convierte en una mezcla de conocimiento práctico y teórico:

“Como seres humanos tenemos inteligencia, lo que significa que llegamos a cosas nuevas a través de estar en situaciones,... las capacidades intelectuales y reflexivas dependen del conocimiento que poseemos, este conocimiento y el significado de ser son premisas para la capacidad de cuidado, todo tiene una importancia y provoca que nos impliquemos en nuestras preocupaciones y nos definamos a partir de ellas” (Benner 1989: 54).

La práctica clínica (Benner, 2009: 73) es un área de investigación y una fuente para el desarrollo del conocimiento de la enfermería, ya que estudiando la práctica las enfermeras pueden descubrir nuevos conocimientos, en el entendido de que la práctica y la teoría establecen

un diálogo permanente, la teoría proviene de la práctica y la práctica es modificada por la teoría.

Benner (2009:74) adaptó el modelo Dreyfus llamado "el modelo de adquisición del desarrollo de habilidades" a la práctica clínica, y describió cinco niveles de adquisición y desarrollo de habilidades: *Principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experto* donde este proceso se da a través de la transición que ocurre en la adquisición de habilidades, es decir, *primero* se pasa de confiar en los principios y normas abstractas a utilizar de las experiencias específicas y avanzadas; *segundo*, se cambia la confianza en el pensamiento analítico basado en normas, por la intuición; *tercero*, el estudiante transita de creer que toda la información de una situación es igual de importante a pensar que algunos datos son más importantes que otros y *cuarto*, se pasa de ser un observador individual, desde fuera de la situación, a tener una posición de implicación total en la situación (Benner, 2009: 85).

Los niveles se describen de la siguiente manera (Benner, 2009:85):

Principiante. La persona que se encuentra en este nivel no tiene ninguna experiencia previa de la situación a la que deberá enfrentarse, para guiar la actuación, hay que proporcionar normas fuera de contexto y atributos objetivos, existen dificultades para diferenciar entre los aspectos relevantes y los irrelevantes de una situación.

Principiante avanzada. La persona puede demostrar una actuación aceptable por lo menos parcialmente después de haberse enfrentado a un número suficiente de situaciones reales o después de que un tutor le haya indicado los elementos importantes recurrentes de la situación, las y los estudiantes de enfermería se orientan por las tareas que deben

realizar, tienen problemas para dominar la situación actual de la persona que cuidan desde una perspectiva más amplia, se centran en estudiar las situaciones clínicas es decir la enfermedad y saber lo que exige la situación, más que interesarse en las necesidades y respuestas de la persona cuidada.

Competente. Se aprende de las situaciones reales de la práctica y se imitan las acciones de las demás enfermeras, la coherencia, la previsión y la organización del tiempo son importantes, el resultado es la consecución de un cierto nivel de experiencia en las actividades cotidianas en el servicio, sin embargo aún esta organización no se emplea para atender las necesidades de la persona que se cuida.

Eficiente. La persona tiene una imagen completa de la situación, es capaz de reconocer los principales aspectos y posee un dominio intuitivo de la situación a partir de la información previa que conoce, las y los estudiantes se ven más comprometidos con las personas que cuida y con su familia.

Experto. Se posee un dominio intuitivo de la situación y es capaz de identificar el origen del problema sin perder el tiempo en diagnósticos y soluciones alternativas, las y los estudiantes conocen a las personas que cuidan, tanto su propia naturaleza como sus respuestas y sus necesidades reales. Demuestran dominio clínico y de la práctica basada en recursos, asimilación del saber práctico, una visión general de la situación y previsión de lo inesperado (Benner, 2009:90).

Estos niveles de adquisición de habilidades planteados se constituyeron en el referente para la descripción de los niveles de habilidades clínicas realizadas por los estudiantes, sin embargo, se establecieron descripciones específicas ya que la teoría citada (Benner, 2009:120)

hace referencia a las enfermeras en la práctica y no hacia estudiantes en proceso de formación.

5.- *La docencia en Enfermería.*

La educación es un proceso continuo que acompaña y atraviesa toda la vida del sujeto, dando así lugar a la profesión educadora cuya razón de ser es la formación, el maestro ayuda al alumno a que se haga a sí mismo, por lo tanto la labor educadora es social con un alcance distinto y más radical porque a través de ella se va construyendo la sociedad y delineando su forma del ser.

Esta concepción de la educación exige del ejecutor del proceso educativo un gran compromiso, que demanda una entrega sin límites prefijados al trabajo que se requiera, en una actitud dictada por la fe y el amor y la responsabilidad social. La Educación (Freire 1970:84) debe desechar la idea que los sujetos son seres vacíos y depósito de contenidos, más bien debe entenderse como problematizadora del hombre en sus relaciones con el mundo, afirma la dialogicidad y se supera la contradicción ente el educador y el educando, de ahí que la relación pedagógica se base en el amor hacia los demás y en la responsabilidad social que abarque la vida del sujeto como ser social, garantía de un adecuado desempeño en la función docente.

La docencia actual (Morán, 2004:1), en ocasiones se expresa como una actividad mecánica, improvisada y fría, a pesar de que los avances de la investigación educativa y de los programas de formación de profesores de los últimos años, hayan pretendido tornar esta práctica en una experiencia enriquecedora tanto para el docente como para el alumno. El profesor ha olvidado, no le interesa o no sabe cómo establecer estrategias para impartir una docencia que además de informar, forme y

el alumno por su parte, recibe información, acumula teoría, pero no es capaz de usar crítica y pertinentemente dicha teoría, tampoco de pensar por sí mismo y de tomar posición frente a la realidad y al propio conocimiento. El profesor, las más de las veces, asume el papel protagónico y el alumno el de escucha obediente, desapareciendo así la opción primordial del diálogo en el acto de enseñar y aprender (Morán, 2004:1)

La docencia (Morán, 2004:3) “no consiste únicamente transmitir conocimientos sino en despertar en el alumno el gusto y la alegría por aprender, crear en su alma un vínculo afectivo con los otros que le rodean; desarrollar al individuo desde adentro y entender que no se puede enseñar a las masas y en serie, porque todos son diferentes”. La misión de la docencia es la de formar personas conscientes de su mundo y de lo que son capaces de hacer a favor de ese mundo. La verdadera docencia es aquella que propicia que el alumno se forje la necesidad de aprender por su cuenta y encontrar en el profesor un guía, un acompañante de travesía para llegar al conocimiento y en el grupo un espacio de encuentro, de intercambio, discusión y confrontación de ideas”.

Desde esta perspectiva la tarea del docente consiste en generar en el alumno estrategias propias para su aprendizaje a través de la relación empática entre ambos. Implica generar en ellos expectativas en relación al aprendizaje y el mundo futuro, su desarrollo como persona interesada en el conocimiento disciplinar y el afianzamiento de sus valores personales y profesionales; esta tarea, requiere del docente una dedicación exclusiva y prioritaria a la docencia, constituyéndose la principal fuente de interés y de ingresos, a través de una formación tanto disciplinar como pedagógica que le permita poseer las

herramientas necesarias para contender con las necesidades de los alumnos y la exigencia que implica convertir la docencia en objeto y práctica de la investigación (Morán, 2010:5) de tal forma que sus explicaciones se expresen en el aula, en la elaboración de materiales didácticos, en el diseño de planes y programas de estudio tendientes a resolver las necesidades sociales.

En consecuencia, el docente en su tarea debe atender las siguientes consideraciones (Zarzar, 1983: 34):

- *La docencia es una actividad vinculada al proceso de enseñanza aprendizaje, el profesor aprende además de los contenidos, de su ser como docente en la interacción con los alumnos, los cuales aprenden del docente y de sus otros compañeros, esta relación durante las prácticas clínicas ocurre cuando el docente interactúa con los profesionales de enfermería en servicio, con otros profesionales de la salud y con otros alumnos con el objeto de proponer estrategias o escenarios que propicien aprendizajes en los alumnos bajo su responsabilidad.*
- *El aprendizaje no es solo la adquisición de conocimientos sino la modificación más o menos estable de pautas de conducta, los conocimientos mientras no sean confrontados significativamente por los alumnos, difícilmente pueden considerarse aprendizaje, es tarea del docente durante la práctica clínica establezca una relación dialéctica entre el conocimiento práctico y teórico con el objeto de que el alumno alimente su experiencia con la teoría de tal forma que a través de la reflexión constante de su acción modifiquen pautas para el cuidado de las personas.*

- *Aprender a aprender es más importante que aprender cosas,* resulta necesario conocer como las personas aprenden, cuales son los mecanismos que facilitan el aprendizaje y cuales lo obstaculizan para fomentar que los alumnos durante las prácticas además de que aprendan, reflexionen sobre su propio proceso de aprendizaje, que valoren sus logros, avances, se centren en aquellas cuestiones que se le dificultan y signifiquen sus propias formas de aprender.
- *Un aprendizaje es más significativo mientras mayor sea su relación con la personalidad y la vida del individuo,* los alumnos necesitan encontrar la correspondencia que existe entre lo que estudia y su vida presente y futura tanto personal como profesional, con el fin de motivar su desempeño y dedicación para el estudio y lo más importante generar en ellos aprendizajes profundos, duraderos y significativos.
- *La función central y prioritaria del profesor no es enseñar sino propiciar el aprendizaje en sus alumnos,* en la práctica clínica es conveniente que el docente organice estrategias para que los alumnos a través de la acción-reflexión construyan su propio aprendizaje, la observación de cómo se realiza el cuidado por parte del docente y de las enfermeras es un buen inicio para el aprendizaje pero con esta acción el alumno no aprende, requiere de experiencias propias, de enfrentarse a la realidad, de cuestionarse y teorizar sobre su propio hacer bajo la tutoría del docente.
- *El interés del profesor es que aprenderán los alumnos durante el curso y como los ayudará para que aprendan,* se requiere de un análisis profundo de los objetivos del programa de la asignatura,

de las actividades de aprendizaje a desarrollar por los alumnos, de las características propias del grupo, de tal manera que esa reflexión permita al docente, crear, establecer, planear y organizar las estrategias prácticas de aprendizaje en la clínica basadas en tres premisas básicas: la motivación, comprensión y participación, mismas que serán realimentadas a través de la evaluación que se haga de ellas, en suma que el docente se convierta en el coordinador de los alumnos entorno al aprendizaje³

- *El trabajo docente se sustenta en una concepción grupal del aprendizaje, concebir que éste se genera, posibilita y se expresa a través de la interacción grupal, es una potencialidad que permite lograr los aprendizajes esperados, no obstante, se ha de reconocer el aprendizaje individual logrado por diversas maneras y el adquirido por medio del aprendizaje grupal los cuales resultan significativos para los alumnos. Este aprendizaje en las prácticas clínicas requiere de el docente que funja como coordinador del grupo, que promueva el aprendizaje previamente planeado a través de las sesiones clínicas, se discuta de manera grupal los cuidados proporcionados a las personas y su pertinencia en relación a sus necesidades y se valore la participación del grupo y el docente en el logro de los aprendizajes grupales (Zarzar, 1983: 35-41).*

³El docente como coordinador de un grupo de aprendizaje implica: tener claro lo que se pretende lograr y como se va a lograr, conlleva promover la interacción grupal, observar los roles que se dan en esta interacción, esclarecer las relaciones del objeto de estudio con los intereses del grupo, detectar factores que facilitan o entorpecen el aprendizaje, aceptar las propias limitaciones frente al grupo, promover la participación de todos en torno a la tarea respetando los roles existentes y el proceso mismo del grupo. Cfr. Eusse, Z. O. (1983) "La instrumentación didáctica en el aula" en Perfiles Educativos, CESU, UNAM. N.19:3-18.

En resumen, en la docencia clínica, se pretende la conformación y búsqueda de objetivos formativos (Zarzar, CH. C. 1994:42) que promuevan en los alumnos la adquisición de métodos de aprendizaje y disciplinares, habilidades y destrezas para la realización del cuidado, actitudes y valores para el entendimiento de la complejidad del cuidado, para su autoentendimiento como persona con una potencialidad en proceso de desarrollo que el docente puede ayudar a que se realice.

Bajo estas consideraciones, el docente, deberá reflexionar su práctica como un proceso investigativo que se orienta hacia tres orientaciones (Morán, 2004:10 y 11): a) la investigación de la docencia, b) investigación para la docencia y c) la investigación como docencia:

La investigación de la docencia como objeto de conocimiento, apunta hacia la indagación de como se presenta, que variantes existen, las características de una y otra modalidad según el campo disciplinario, o la orientación conceptual de una asignatura o área de conocimiento, entre otras. Las preguntas que orientan al trabajo del docente investigador son: ¿Qué es la docencia? ¿Cuáles son sus supuestos? ¿Cómo es la docencia? ¿Qué tipos de docencia se generan en cada una de las instituciones? ¿Cuál es la eficacia que tiene una variante de docencia en un nivel escolar?, entre otros (Morán, 2004:10 y 11).

La investigación para la docencia es la propuesta de acciones reflexivas sobre el quehacer docente, en la formación del docente a partir del análisis de su práctica, aborda el estudio de problemas y fenómenos relacionados con la transmisión del saber (Morán, 2004:10 y 11). Se orienta a las siguientes interrogantes: ¿Qué contenidos promuevo en la docencia? ¿Cómo aprendo los contenidos de la asignatura que imparto? ¿Cómo promuevo el aprendizaje? ¿Qué estrategias de aprendizaje

empleo y cuales han dado mejor resultado en los alumnos? La investigación para la docencia.

La investigación como docencia(Morán, 2004: 10 y 11), si se parte de la idea que ésta pretende la generación, recreación, apropiación y construcción del conocimiento, es de esperarse que en la acción docente se genere en los alumnos una actitud investigativa en donde están implícitas tareas tales como: la búsqueda de información y de evidencias científicas entorno a un problema de aprendizaje, el establecimiento de estrategias de solución, la reflexión de las acciones realizadas y el establecimiento de nuevas interrogantes en torno al fenómeno estudiado.

Paralelo al proceso enseñanza aprendizaje ocurre la evaluación, proceso permanente que permite visualizar los resultados, las mejoras, los retrocesos y las crisis que se generan en el proceso de aprender tanto para los alumnos como para el docente, lo cual permite establecer correctivos, modificar estrategias, plantear otras, reconsiderar los compromisos, echar mano de las estrategias exitosas e involucrarse de manera permanente en mirar como ocurre el aprendizaje y los factores que lo determinan o lo obstaculizan; en este proceso el docente se convierte en un observador participante de su quehacer pedagógico, en un investigador de lo que ocurre, un estratega para replantear su tarea docente y un facilitador para que la evaluación se convierta en un proceso dialéctico, incluyente y recíproco entre los alumnos y el docente (Morán, 2007: 10-12).

IV. Material Y Métodos

El estudio se realizó en las aulas de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, se solicitó a la División de Estudios profesionales la relación de grupos y aulas donde estaban ubicados los alumnos.

La intención fue que los estudiantes de la asignatura antes mencionada desde su propia experiencia, establecieran el nivel de desarrollo de las habilidades que realizaron durante su práctica clínica, a partir de la descripción puntualizada en el instrumento.

La prueba consistió en una encuesta que contiene 50 habilidades clínicas, con una escala tipo Likert autoadministrada a una población de estudiantes del 4° semestre, regulares que cursaron la asignatura de Fundamentos de Enfermería II en el turno matutino en el semestre próximo pasado y que están en posibilidades idóneas para evaluar su capacidad de logro en las habilidades clínicas, sin que intervengan las variables de calificación o de sensibilidad con sus profesoras (Anexo 1).

El instrumento de habilidades clínicas fue construido a partir de los aprendizajes que plantea el programa de la asignatura de Fundamentos de Enfermería II (anexo 2), fueron agrupados en tres habilidades: las cognitivas, comunicativas y de interacción y tecnológicas; fue validado a través del programa SPSS-V/15 reportando una validez de Alpha de Crombach de 0.957 lo que garantiza su confiabilidad, se seleccionaron dos grupos para la validación del instrumento, mismos que posteriormente ya no participaron, este proceso permitió redefinir los niveles de desempeño iniciales (Anexo 3).

La muestra fue determinada por conglomerados⁴, con grupos constituidos previamente a través de la organización escolar de la escuela, 506 alumnos inscritos en el semestre, organizados en 14 grupos de los cuales se eligieron 190 al azar a partir de las listas de alumnos de cada grupo que reunían las mismas características: haber cursado la asignatura de Fundamentos de Enfermería II en el semestre inmediato anterior, ser su primera experiencia práctica y no estar recursando (no sería su primera experiencia), en consecuencia, los que participaron permitieron identificar cuáles, de qué tipo fueron las habilidades clínicas logradas, cuáles no y en qué nivel de logro. Así mismo permitió plantear propuestas que puedan atender las debilidades en intervenciones educativas futuras.

Los 190 alumnos representaron el 37.5% del total de la población del cuarto semestre, que cursaron la asignatura de Fundamentos de Enfermería II, las prácticas se realizaron en 24 instituciones diferentes del sector salud públicas y privadas. Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes.

⁴En el muestreo por conglomerados la unidad muestra es un grupo que forman una unidad de elementos que contienen representantes de toda la población, se seleccionan aleatoriamente un cierto número de conglomerados (el necesario para alcanzar el tamaño muestra establecido) y en investigar después todos los elementos pertenecientes a los conglomerados elegidos. Cfr. Manual de la Universidad de Málaga. Bioestadística: Métodos y aplicaciones. U.D. Bioestadística. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga. ISBN: 847496-653-1 Consultado en: <http://www.bioestadistica.uma.es/libro/node91.htm> el 25 de julio de 2012.

V. Resultados

1. Habilidades cognitivas

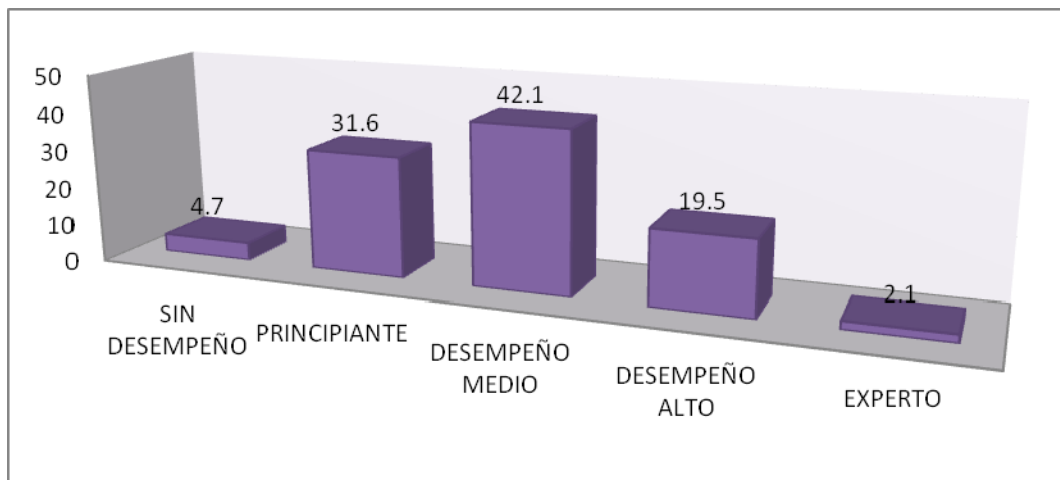
Implica la comprensión de la persona que se cuida, sus necesidades, fortalezas, debilidades y lo que refuerza su bienestar, reconocer las propias fortalezas y limitaciones, se incluyen las habilidades que requieren un razonamiento clínico, análisis crítico y discernimiento para la toma de decisiones. Las habilidades consideradas en este rubro son las siguientes:

Observación clínica

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	9	4.7
PRINCIPIANTE	60	31.6
DESEMPEÑO MEDIO	80	42.1
DESEMPEÑO ALTO	37	19.5
EXPERTO	4	2.1
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008

Observación clínica



FUENTE: Cuadro observación clínica

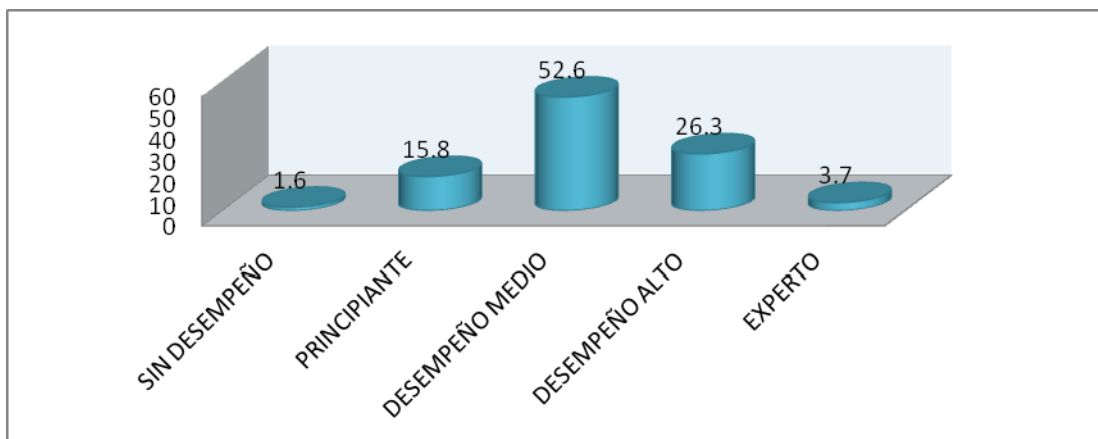
En esta habilidad, el mayor porcentaje tiende del desempeño medio hacia nivel de experto, el 2.1% de alumnos se manifiestan como expertos, 19.5% con desempeño alto, el 42.1% con desempeño medio, el 31.6% de principiante y un 4.7% sin desempeño.

Identificación de necesidades humanas

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	3	1.6
PRINCIPIANTE	30	15.8
DESEMPEÑO MEDIO	100	52.6
DESEMPEÑO ALTO	50	26.3
EXPERTO	7	3.7
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008.

Identificación de necesidades humanas



FUENTE: Cuadro Identificación de necesidades humanas

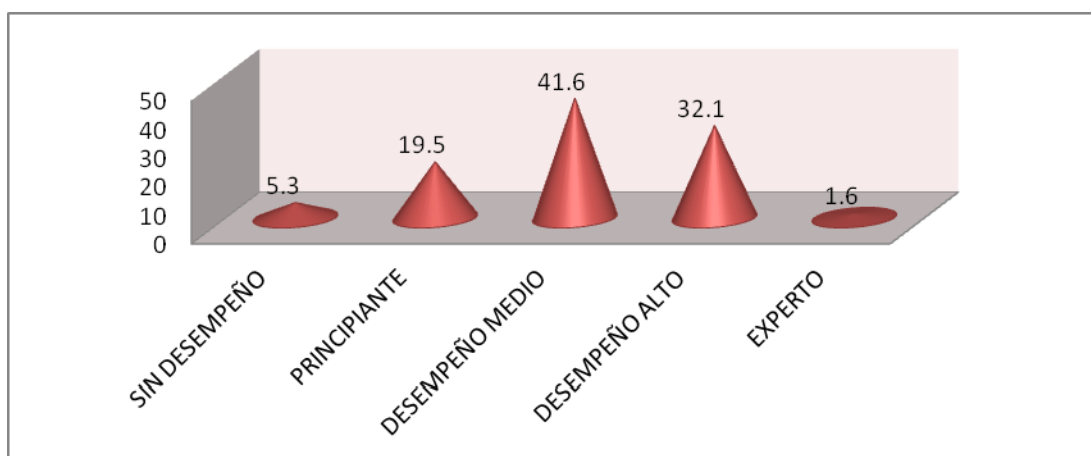
En la identificación de las necesidades humanas, el 1.6% manifiesta no tener desempeño, 15.8% como principiante, el 52.6% en un desempeño medio, un 26.3% califica con desempeño alto y un 3.7% es experto.

Identificación de datos objetivos y subjetivos en la valoración.

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	10	5.3
PRINCIPIANTE	37	19.5
DESEMPEÑO MEDIO	79	41.6
DESEMPEÑO ALTO	61	32.1
EXPERTO	3	1.6
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008.

Identificación de datos objetivos y subjetivos en la valoración



FUENTE: Cuadro Identificación de datos objetivos y subjetivos en la valoración

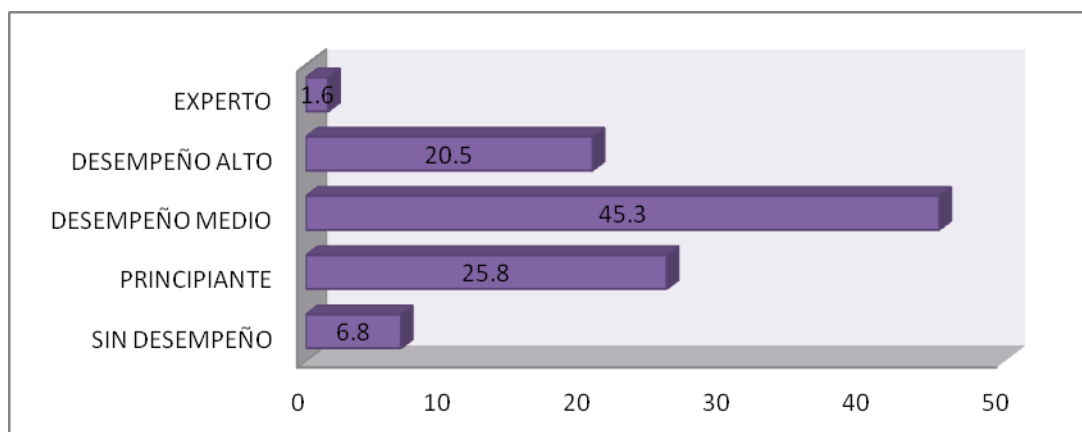
Referente a la distinción entre datos objetivos y subjetivos en la valoración clínica; el 41.6% tiene desempeño medio, 19.5% principiante, un 5.3% no ha desempeñado esta acción, se destaca un 32.1% en desempeño alto y 1.6% se considera experto.

Valoración de necesidades psicosociales

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	13	6.8
PRINCIPIANTE	49	25.8
DESEMPEÑO MEDIO	86	45.3
DESEMPEÑO ALTO	39	20.5
EXPERTO	3	1.6
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008

Valoración de necesidades psicosociales



FUENTE: Cuadro valoración de necesidades psicosociales

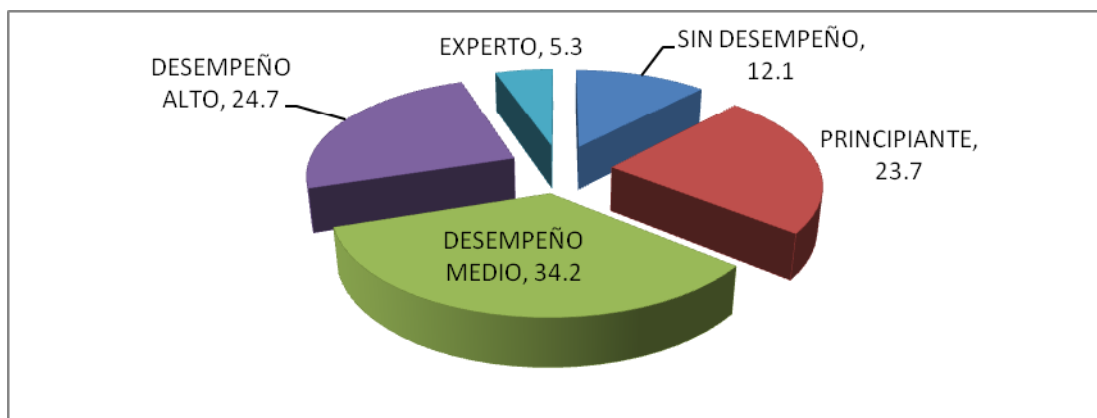
En la valoración de necesidades psicosociales de la persona; el 45.3% tiene un desempeño medio, el 25.8% se define como principiante, el 6.8% no ha realizado esta acción, un 20.5% manifiesta desempeño alto, destacándose un 1.6% de experto.

Valoración de la necesidad espiritual.

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	23	12.1
PRINCIPIANTE	45	23.7
DESEMPEÑO MEDIO	65	34.2
DESEMPEÑO ALTO	47	24.7
EXPERTO	10	5.3
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008

Valoración de la necesidad espiritual



FUENTE: Cuadro valoración de la necesidad espiritual

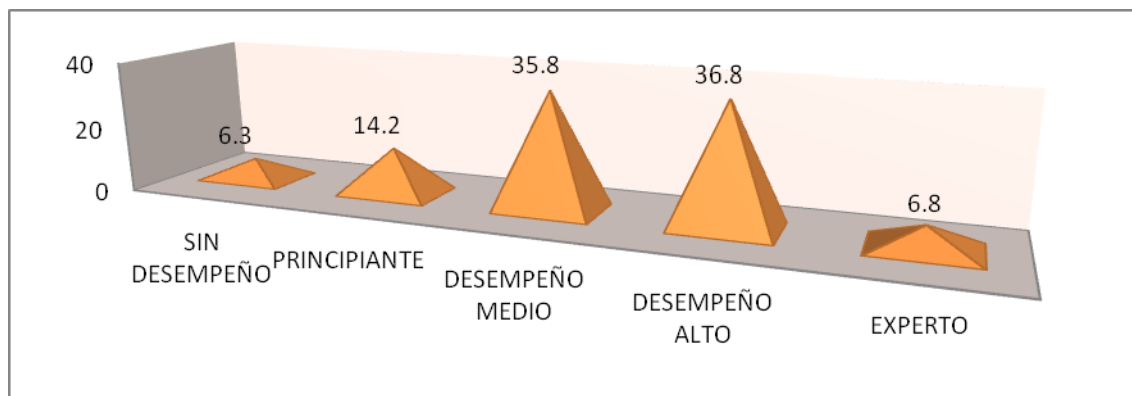
En la valoración de la necesidad espiritual, el 34.2% se ubica en desempeño medio, el 24.7 % posee un desempeño alto, el 23.7% es principiante, 5.3% se considera experto y destaca un 12.1% sin desempeño.

Valoración del estado de conciencia

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	12	6.3
PRINCIPIANTE	27	14.2
DESEMPEÑO MEDIO	68	35.8
DESEMPEÑO ALTO	70	36.8
EXPERTO	13	6.8
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008

Valoración del estado de conciencia



FUENTE: Cuadro valoración del estado de conciencia

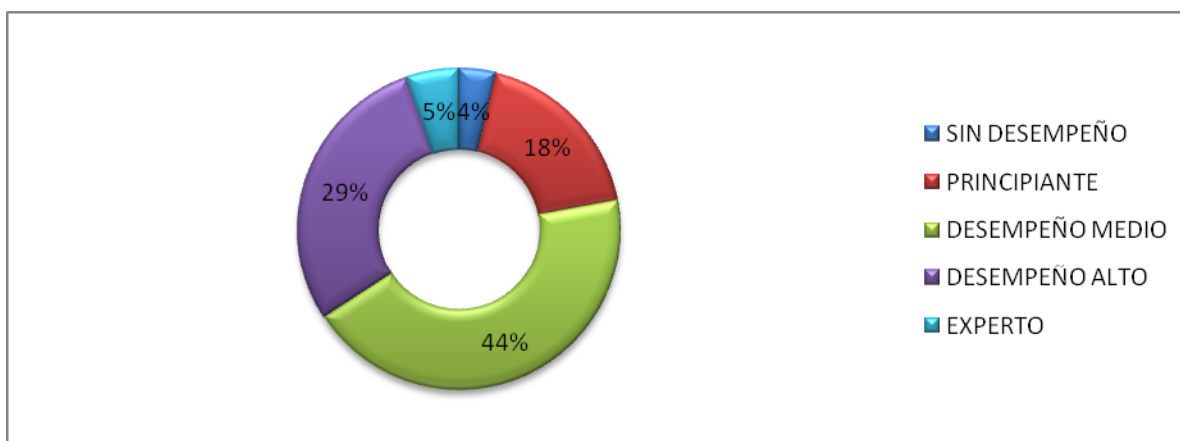
En la valoración del estado de conciencia, el 36.8% manifiesta un desempeño alto, un 35.8% tiene desempeño medio, el 14.2% es principiante y un 6.3% sin desempeño y un 6.8% experto.

Parámetros normales y anormales en la valoración de la salud

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	7	3.7
PRINCIPIANTE	35	18.4
DESEMPEÑO MEDIO	83	43.7
DESEMPEÑO ALTO	55	28.9
EXPERTO	10	5.3
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008.

Parámetros normales y anormales en la valoración de la salud



FUENTE: Cuadro parámetros normales y anormales en la valoración de la salud

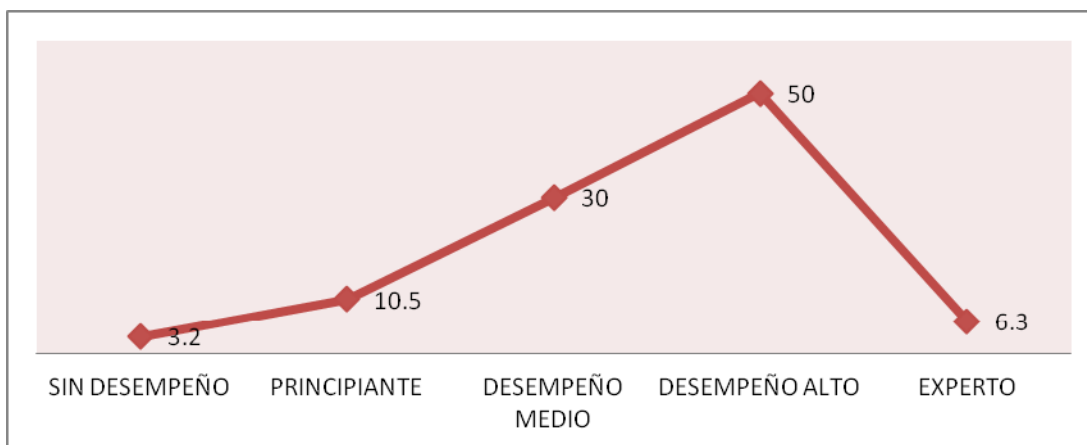
La variable parámetros normales o anormales en la valoración de la salud, el 43.7% tiene desempeño medio, el 28.9% manifiesta un desempeño alto, el 18.4% es principiante y el 3.7% sin desempeño y 5.3% como experto.

Valoración de necesidades básicas

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	6	3.2
PRINCIPIANTE	20	10.5
DESEMPEÑO MEDIO	57	30
DESEMPEÑO ALTO	95	50
EXPERTO	12	6.3
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008.

Valoración de necesidades básicas



FUENTE: Cuadro valoración de necesidades básicas

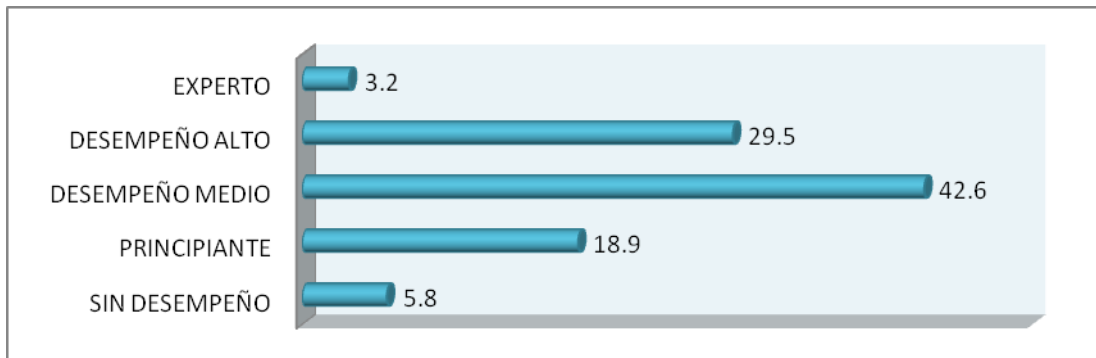
La valoración de las necesidades básicas, reporta un 50% en el desempeño alto, el 30% presenta desempeño medio, 10.5% principiante y el 3.2% sin desempeño y el 6.3% reporta nivel de experto.

Análisis de los datos objetivos y subjetivos

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	11	5.8
PRINCIPIANTE	36	18.9
DESEMPEÑO MEDIO	81	42.6
DESEMPEÑO ALTO	56	29.5
EXPERTO	6	3.2
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008.

Análisis de los datos objetivos y subjetivos



FUENTE: Cuadro análisis de los datos objetivos y subjetivos

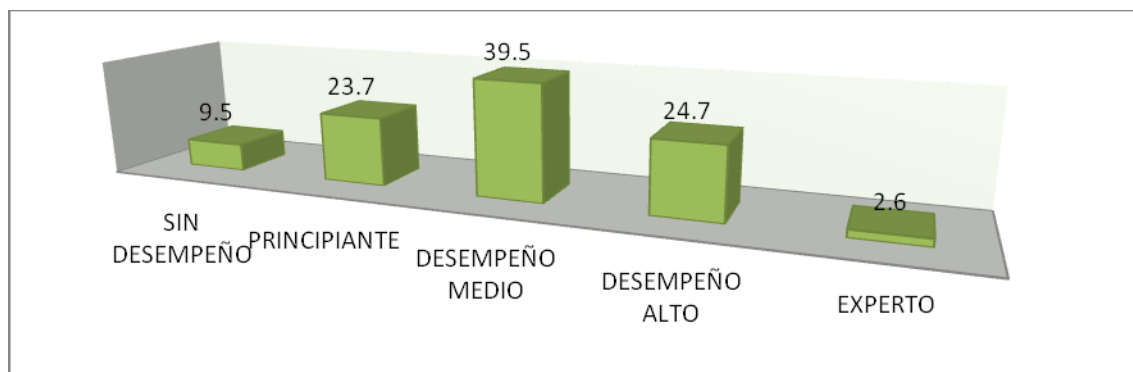
El análisis de datos objetivos y subjetivos, reporta el 29.5% con desempeño alto, un 3.2 como experto, el 42.6% alcanzó un desempeño medio, 18.9% principiante y un 5.8% sin desempeño.

Definición diagnósticos reales

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	18	9.5
PRINCIPIANTE	45	23.7
DESEMPEÑO MEDIO	75	39.5
DESEMPEÑO ALTO	47	24.7
EXPERTO	5	2.6
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008.

Definición diagnósticos reales



FUENTE: Cuadro definición de diagnósticos reales

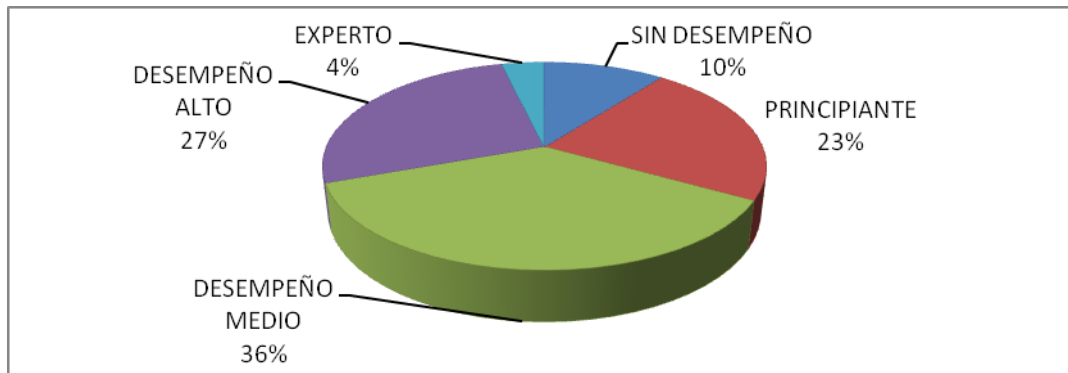
En la variable definición de diagnósticos reales, el 39.5% presenta desempeño medio, 23.7% es principiante y el 9.5% sin desempeño, el 24.7% con desempeño alto y el 2.6% como experto.

Definición diagnósticos de salud

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	20	10.5
PRINCIPIANTE	43	22.6
DESEMPEÑO MEDIO	69	36.3
DESEMPEÑO ALTO	51	26.8
EXPERTO	7	3.7
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008.

Definición los diagnósticos de salud



FUENTE: Cuadro definición de diagnósticos de salud

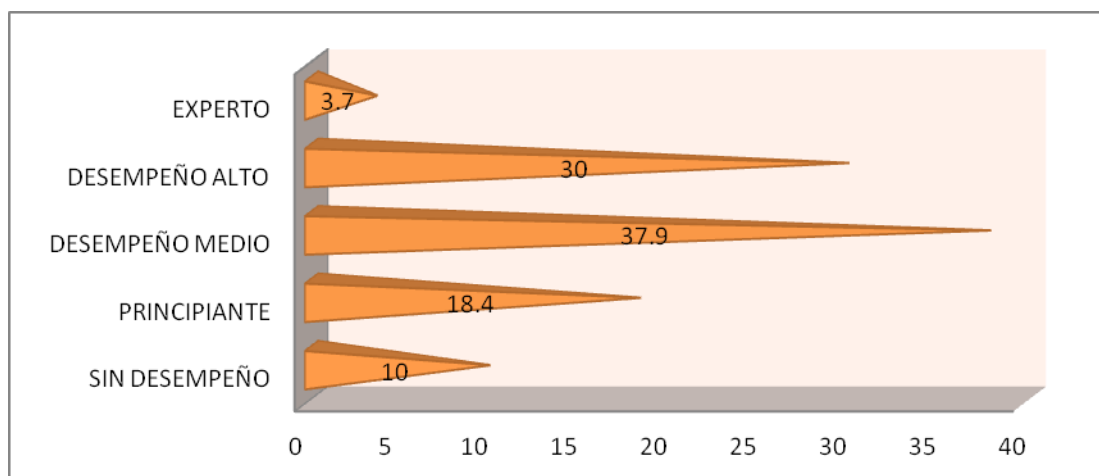
La variable definición de diagnósticos de salud, el 36.3% se ubica en desempeño medio, 22.6% en principiante y el 10.5% sin desempeño, solo un 26.8% refiere desempeño alto y un 3.7% se califica como experto.

Definición de diagnósticos de riesgo

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	19	10
PRINCIPIANTE	35	18.4
DESEMPEÑO MEDIO	72	37.9
DESEMPEÑO ALTO	57	30
EXPERTO	7	3.7
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008.

Definición de diagnósticos de riesgo



FUENTE: Cuadro definición de diagnósticos de riesgo

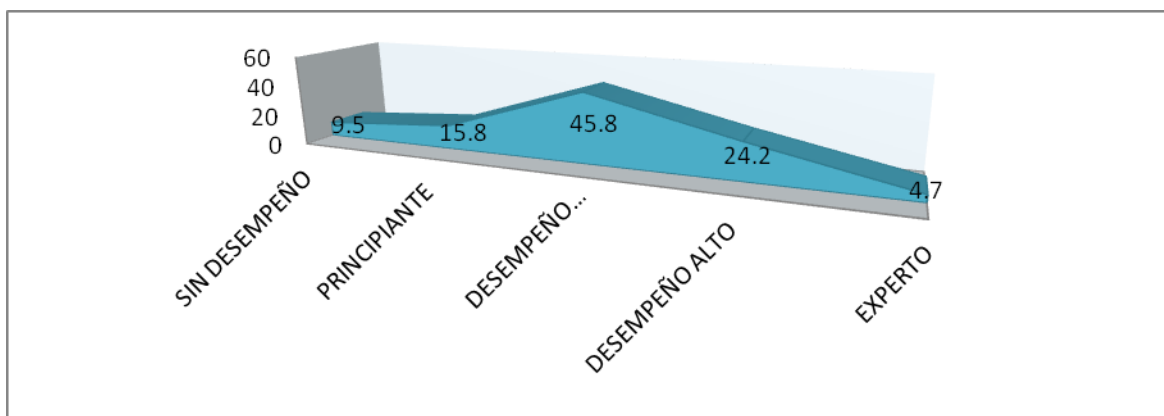
En la definición de los diagnósticos de riesgo, se muestra un desempeño de experto del 3.7%, alto del 30%, 37.9% medio, 18.4% principiante y 10.0% sin desempeño.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS CON BASE EN LOS DIAGNÓSTICOS

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	18	9.5
PRINCIPIANTE	30	15.8
DESEMPEÑO MEDIO	87	45.8
DESEMPEÑO ALTO	46	24.2
EXPERTO	9	4.7
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008.

Planeación de cuidados con base en los diagnósticos



FUENTE: Cuadro planeación de cuidados con base en los diagnósticos

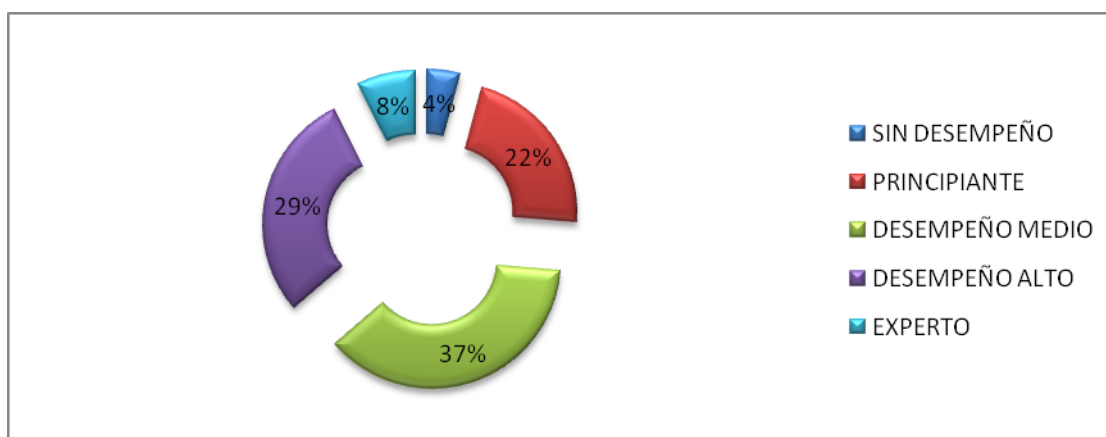
La planeación de cuidados con base a diagnósticos, representa un 4.7% como experto, 24.2% desempeño alto, el 45.8% medio, 15.8% principiante y el 9.5% no lo hace.

Identificación de riesgos del entorno hospitalario

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	8	4.2
PRINCIPIANTE	42	22.1
DESEMPEÑO MEDIO	71	37.4
DESEMPEÑO ALTO	55	28.9
EXPERTO	14	7.4
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008.

Identificación de riesgos del entorno hospitalario



FUENTE: Cuadro Identificación de riesgos del entorno hospitalario.

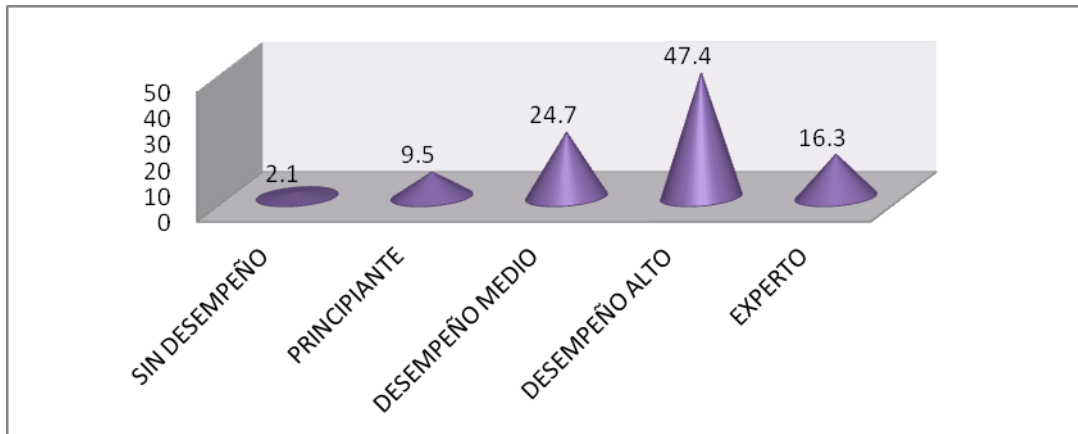
En la identificación de riesgos del entorno hospitalario el 7.4% se representa como experto, el 28.9% alto, 37.4% medio, 22.1% principiante y 4.2% sin desempeño.

Respeto a los principios éticos profesionales

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	4	2.1
PRINCIPIANTE	18	9.5
DESEMPEÑO MEDIO	47	24.7
DESEMPEÑO ALTO	90	47.4
EXPERTO	31	16.3
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008.

Respeto a los principios éticos profesionales



FUENTE: Cuadro Respeto a los principios éticos profesionales

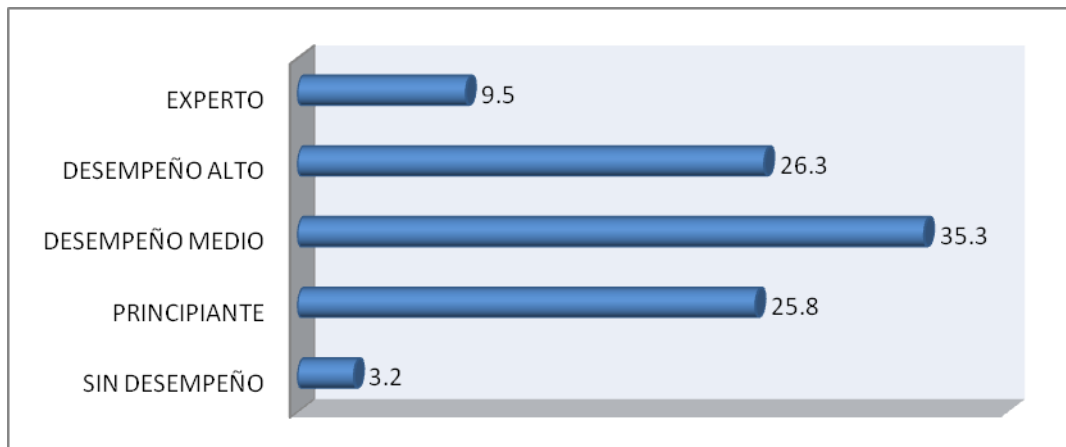
En la variable principios éticos profesionales se reporta en el nivel de experto un 16.3% de los alumnos, 47.4% presenta desempeño alto, 24.7% tiene desempeño medio, el 9.5% es principiante y solo un 2.1% reporta sin desempeño.

Reglas básicas para la dosificación de medicamentos

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	6	3.2
PRINCIPIANTE	49	25.8
DESEMPEÑO MEDIO	67	35.3
DESEMPEÑO ALTO	50	26.3
EXPERTO	18	9.5
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008.

Reglas básicas para la dosificación de medicamentos



FUENTE: Cuadro Reglas básicas para la dosificación de medicamentos

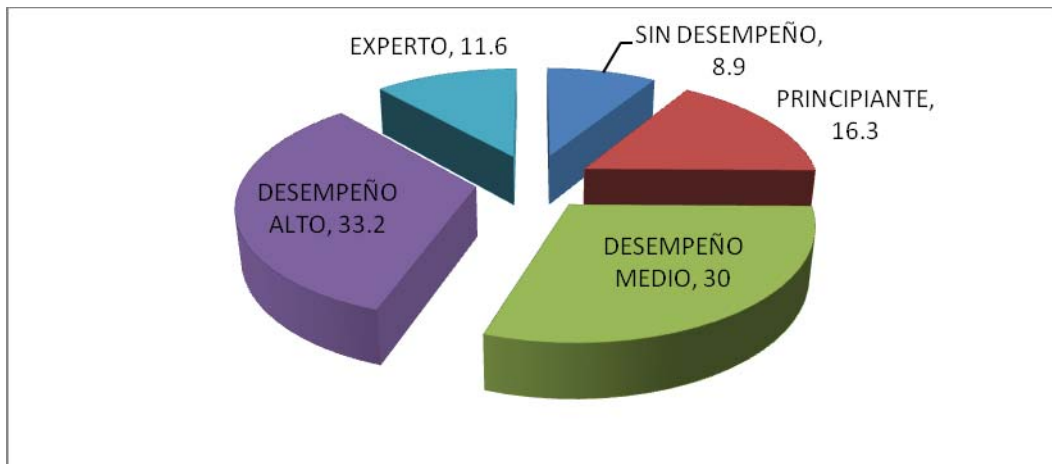
Sobre la utilización de las reglas básicas para la dosificación de medicamentos se encontró que un 35.3% de estudiantes poseen un desempeño medio; el 25.8% se autocalifica como principiante y un 3.2% se sin desempeño. Se destaca un 26.3% con alto desempeño y un 9.5% autocalificados como expertos.

Identificación de sentimientos de culpabilidad, frustración o ansiedad en la persona

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	17	8.9
PRINCIPIANTE	31	16.3
DESEMPEÑO MEDIO	57	30
DESEMPEÑO ALTO	63	33.2
EXPERTO	22	11.6
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008.

Identificación de sentimientos de culpabilidad, frustración o ansiedad en la persona



FUENTE: Cuadro Identificación de sentimientos de culpabilidad, frustración o ansiedad en la persona

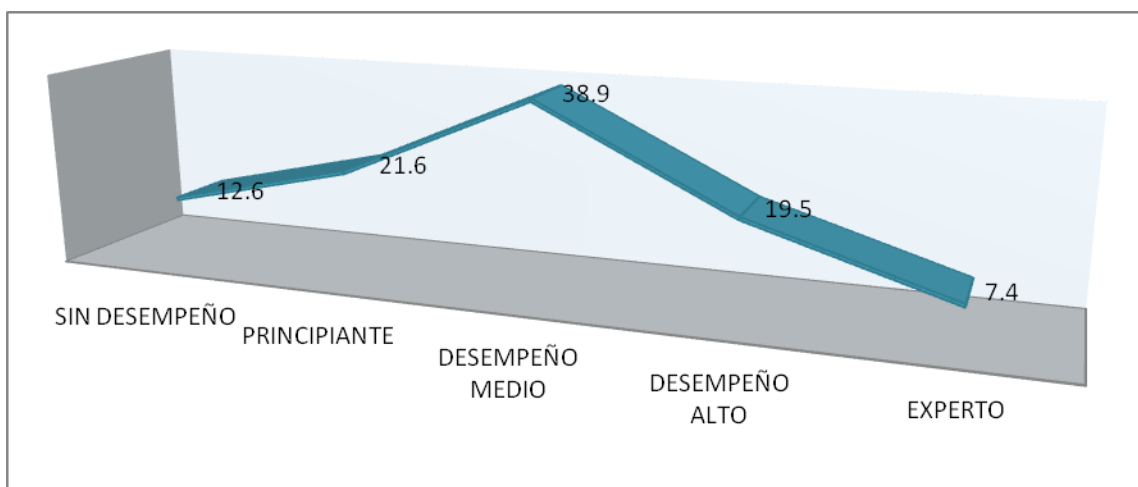
Se identifica un 33.2% con desempeño alto, un 30% con desempeño medio, el 16,3% como principiante, el 11.6% como expertos y un 8.9% sin desempeño en la identificación de sentimientos de culpabilidad, frustración o ansiedad en la persona.

Cuidados ante el dolor

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	24	12.6
PRINCIPIANTE	41	21.6
DESEMPEÑO MEDIO	74	38.9
DESEMPEÑO ALTO	37	19.5
EXPERTO	14	7.4
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008.

Cuidados ante el dolor



FUENTE: Cuadro Cuidados ante el dolor

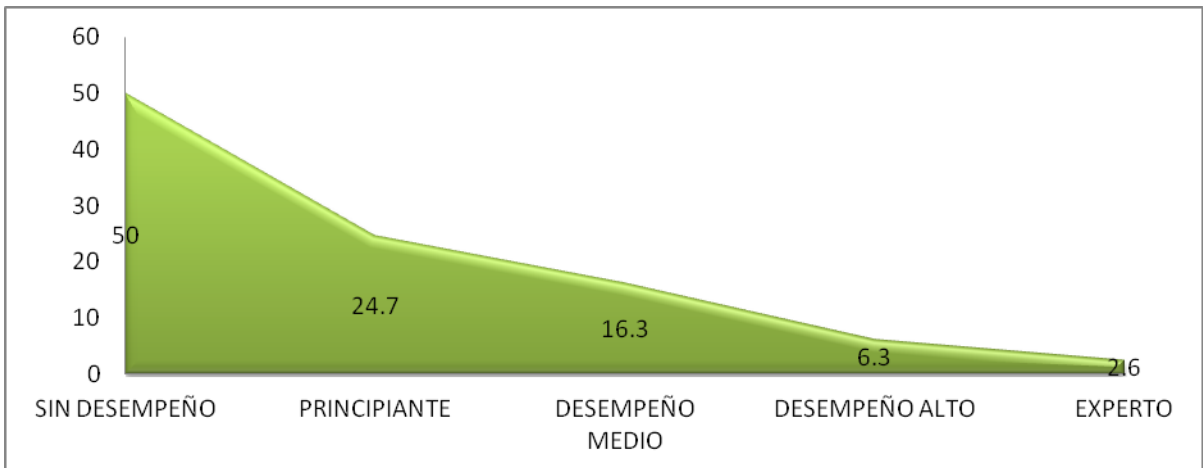
Se observó un 38.9% de los alumnos con desempeño medio relacionado con los cuidados en el dolor, 21.6% principiante, un 12.6% sin desempeño, un 19.5% reportó alto desempeño y un 7.4% se autocalificó como experto.

Asistir a la persona y su familia ante la muerte

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	95	50
PRINCIPIANTE	47	24.7
DESEMPEÑO MEDIO	31	16.3
DESEMPEÑO ALTO	12	6.3
EXPERTO	5	2.6
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008.

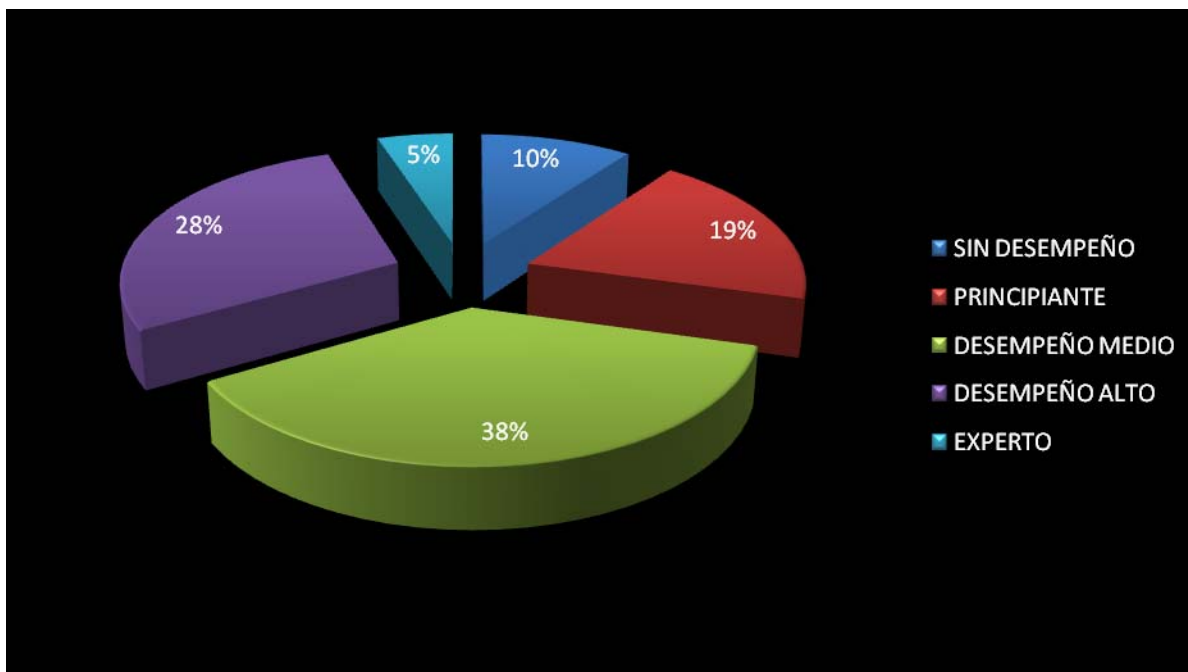
Asistencia a la persona y su familia ante la muerte



FUENTE: Cuadro Asistencia a la persona y su familia ante la muerte

En esta variable se observa que el 50% de los alumnos no han asistido a la persona y su familia ante la muerte, el 24% se manifiesta principiante, desempeño medio y alto con un 6.3 % respectivamente y un 2.6 informa ser experto.

CONCENTRACIÓN DE DATOS DE LAS HABILIDADES COGNITIVAS



FUENTE: Cuadros 5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,31,40,41,43,48 y 49 de la escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008

Análisis.

En las habilidades cognitivas resalta el nivel de desempeño medio y en contraposición está el nivel de experto, esto se puede explicar a partir de algunas inferencias tales como:

Los alumnos se enfrentan a su primera experiencia clínica, les genera diferentes expectativas, ya que no solo es poder realizarla sino poner en juego sus funciones mentales superiores para ir conformando primero los conceptos relacionados con el cuidado para posteriormente poder introyectarlos y hacerlos propios, esto implica un proceso mucho más amplio y de acompañamiento del alumno en la práctica.

A través de la interacción de los alumnos con el medio donde se desarrolla la práctica clínica, inician su proceso de interiorización por lo tanto aún no pueden actuar por sí mismos y de asumir la responsabilidad de su actuar, requieren del desarrollo de herramientas psicológicas tales como el lenguaje propio de la enfermería así como de la comunicación escrita en el expediente clínico.

Ante esta situación es comprensible que en la mayoría de las habilidades cognitivas el nivel de desempeño manifestado por los alumnos sea de *medio a sin desempeño*; habilidades que tienen por sí mismas un alto nivel de complejidad ya que implican la formulación de conceptos, realizar abstracciones al requerir la observación, la identificación, la formulación de diagnósticos de enfermería, mismos que se van desarrollando durante el proceso de formación profesional y no exclusivamente con la primera experiencia clínica y el papel que juega la interacción con las enfermeras, los docentes y el resto del equipo de salud en la zona de desarrollo próximo.

De igual forma, resulta significativo que el desempeño de los alumnos en algunas habilidades (cinco) sea de *medio a experto*, mismas que se relacionan con las necesidades básicas de la persona que cuidan, identificación de riesgos hospitalarios, la aplicación de principios éticos y la identificación de sentimientos en la persona lo que supone que la acción en estas habilidades están determinada por la mediación, es decir sus pensamientos, las experiencias y las acciones están mediadas por la cultura de los alumnos, dado que estas tienen relación estrecha con su habitus.

Resulta revelador que una habilidad –asistencia de la familia ante la muerte- el 50% de los alumnos no la hayan desempeñado, resulta comprensible por las siguientes inferencias: en primer término, la asistencia que pueda ofrecer el alumno está mediada por las habilidades cognitivas que poseen, por la afectividad determinada por la cultura a que pertenecen y la cultura profesional que impera en el ambiente hospitalario; la capacidad cognitiva de los alumnos se encuentra en el desarrollo intrapsicológico y aún la experiencia es incipiente para poder actuar por sí mismos y ser responsable de sus acciones (interpsicológica).

Por último, para el desarrollo de esta habilidad es necesario del acompañamiento por parte de los docentes y de las enfermeras en servicio, estos últimos median con los alumnos sus propias concepciones entorno a la muerte y la forma de atender a las personas en ese proceso, lo que resulta significativo para el desempeño de los estudiantes.

2. Habilidades de comunicación e interacción.

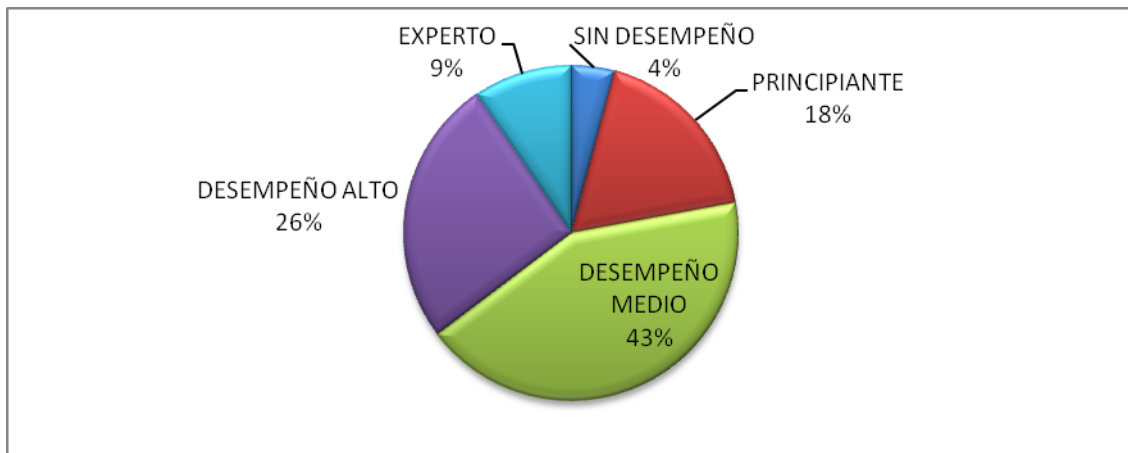
Comprenden las habilidades donde se hace uso del lenguaje oral, escrito, mímico, corporal con fines de valoración clínica, diagnóstica y cuidado emocional, además de la comprensión de las necesidades y sus respuestas de la persona cuidada y los significados que le subyacen; considerando las diferencias y coincidencias personales y el respeto a la diferencia. Implica también las habilidades de registro en la documentación de enfermería. Las habilidades correspondientes a este rubro son las siguientes:

Comunicación terapéutica con la persona

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	8	4.2
PRINCIPIANTE	34	17.9
DESEMPEÑO MEDIO	81	42.6
DESEMPEÑO ALTO	49	25.8
EXPERTO	18	9.5
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008.

Comunicación terapéutica con la persona



FUENTE: Cuadro Comunicación terapéutica con la persona

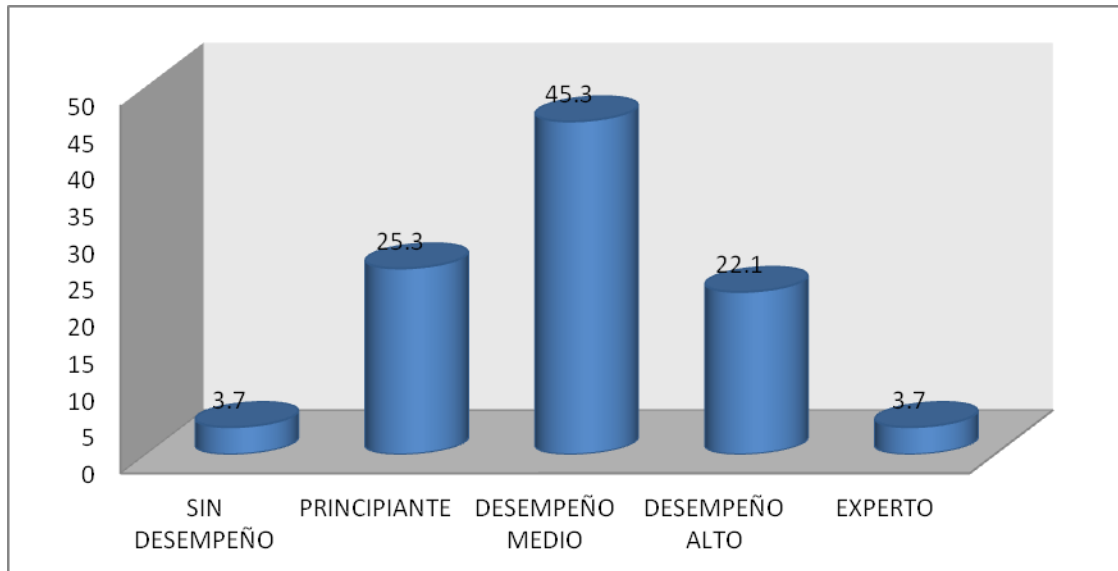
En relación con la habilidad comunicación terapéutica el 42.6 % reporta desempeño medio, un 26% desempeño alto, el 17.5 % es principiante y se destaca un 4.2 % sin desempeño.

Elaboración de registros de enfermería

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	7	3.7
PRINCIPIANTE	48	25.3
DESEMPEÑO MEDIO	86	45.3
DESEMPEÑO ALTO	42	22.1
EXPERTO	7	3.7
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008.

Elaboración de registros de enfermería



FUENTE: Cuadro Elaboración de registros de enfermería

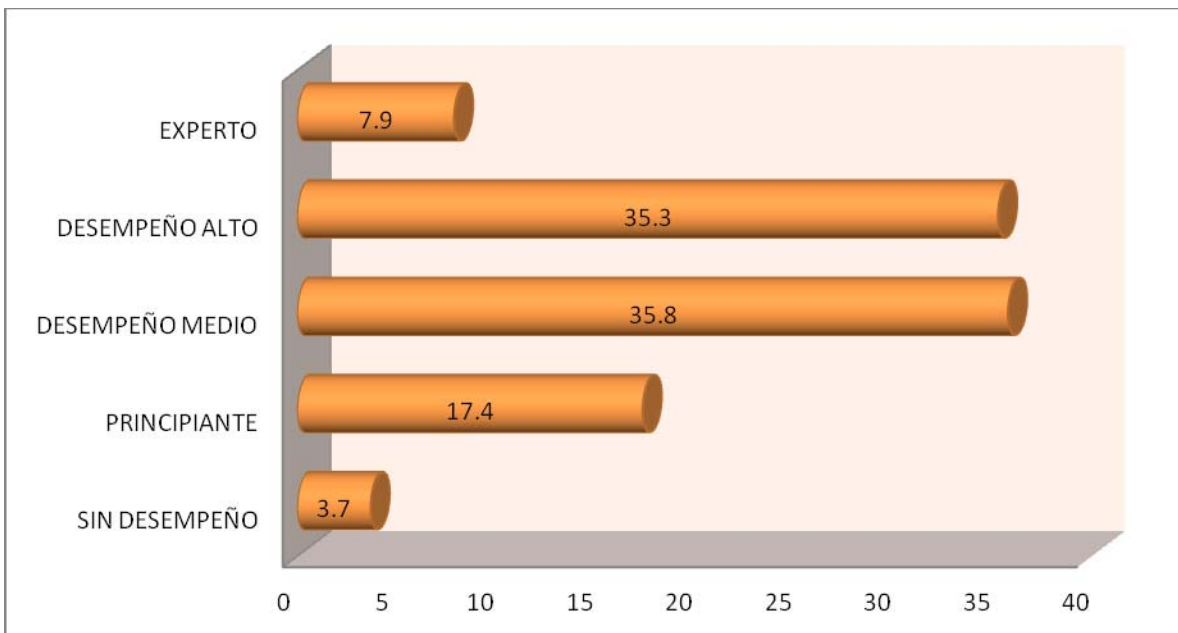
En los registros de enfermería se muestra un 45.3% con desempeño medio, 25.3% principiante y un 3.7% sin desempeño. Se destaca un 22.1% que se reporta con desempeño alto y solo un 3.7% como experto en notas de enfermería.

Identificación de sufrimiento emocional

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	7	3.7
PRINCIPIANTE	33	17.4
DESEMPEÑO MEDIO	68	35.8
DESEMPEÑO ALTO	67	35.3
EXPERTO	15	7.9
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008.

Identificación de sufrimiento emocional



FUENTE: Cuadro Identificación de sufrimiento emocional

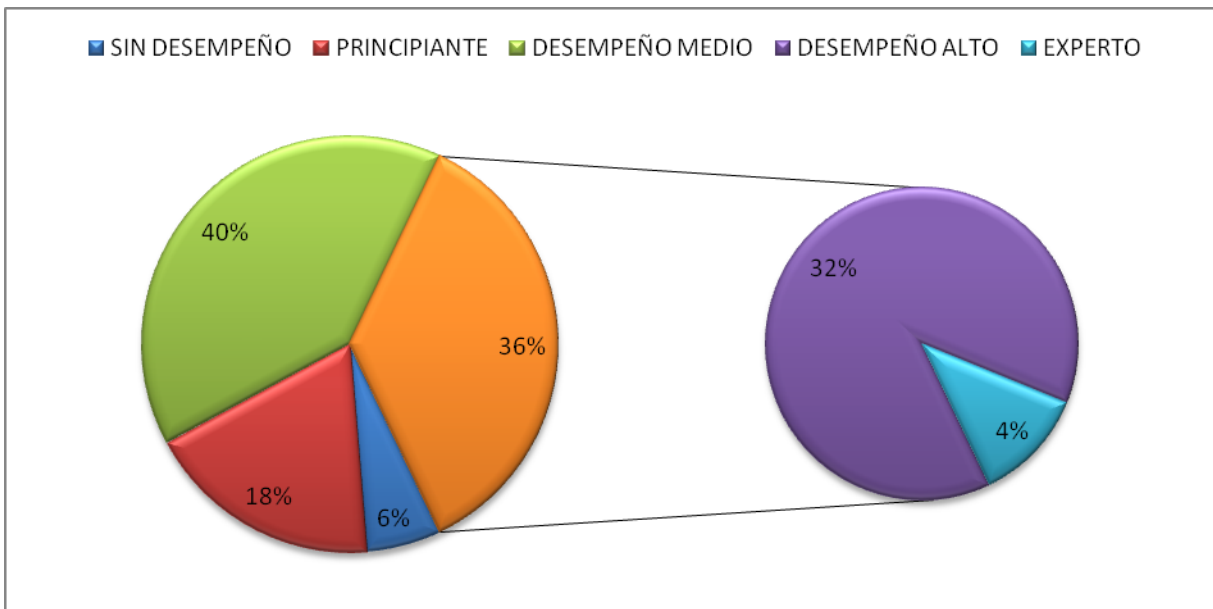
La identificación del sufrimiento emocional tiene una distribución de un 35.8% para el desempeño medio y un 35.3% para el desempeño alto, no obstante se observa un 17.4% que se ubica como principiante, además de un 3.7% quienes no identifican dicho fenómeno y el 7.9 se considera experto.

Identificación de la alteración del sueño

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	11	5.8
PRINCIPIANTE	35	18.4
DESEMPEÑO MEDIO	76	40
DESEMPEÑO ALTO	60	31.6
EXPERTO	8	4.2
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008.

Identificación de la alteración del sueño



FUENTE: Cuadro Identificación de la alteración del sueño

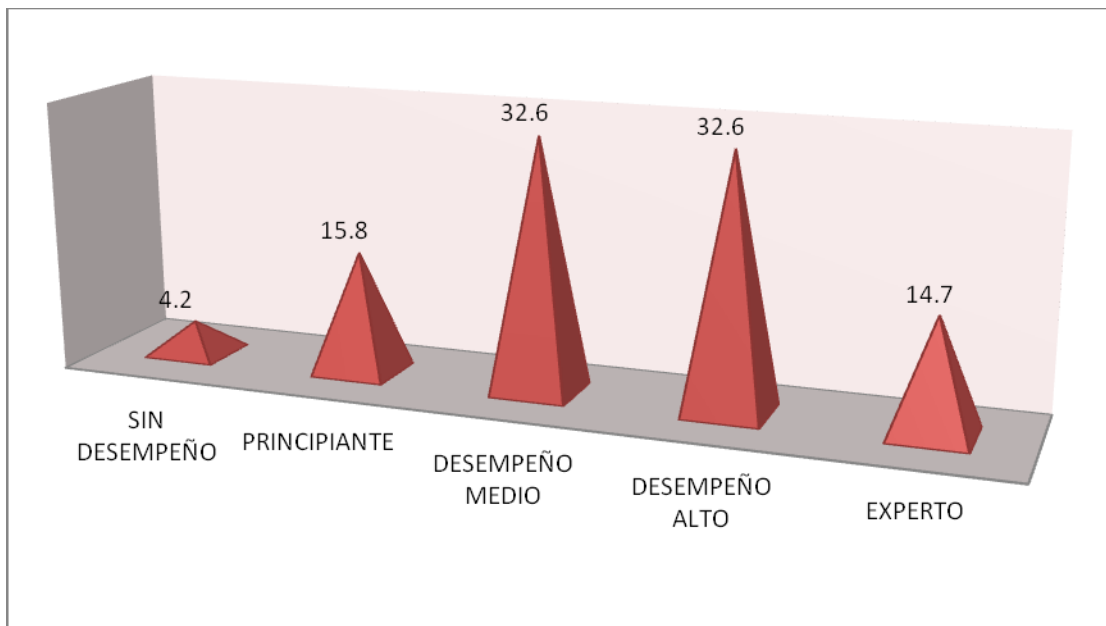
Con respecto a la identificación de la alteración del sueño se observa la mayor tendencia entre desempeño medio y alto los cuales suman 71.6%, un 4.2% se ubican en el nivel de experto y sin desempeño el 5.8%.

Aplicación de técnicas de escucha

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	8	4.2
PRINCIPIANTE	30	15.8
DESEMPEÑO MEDIO	62	32.6
DESEMPEÑO ALTO	62	32.6
EXPERTO	28	14.7
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008.

Aplicación de técnicas de escucha



FUENTE: Aplicación de técnicas de escucha

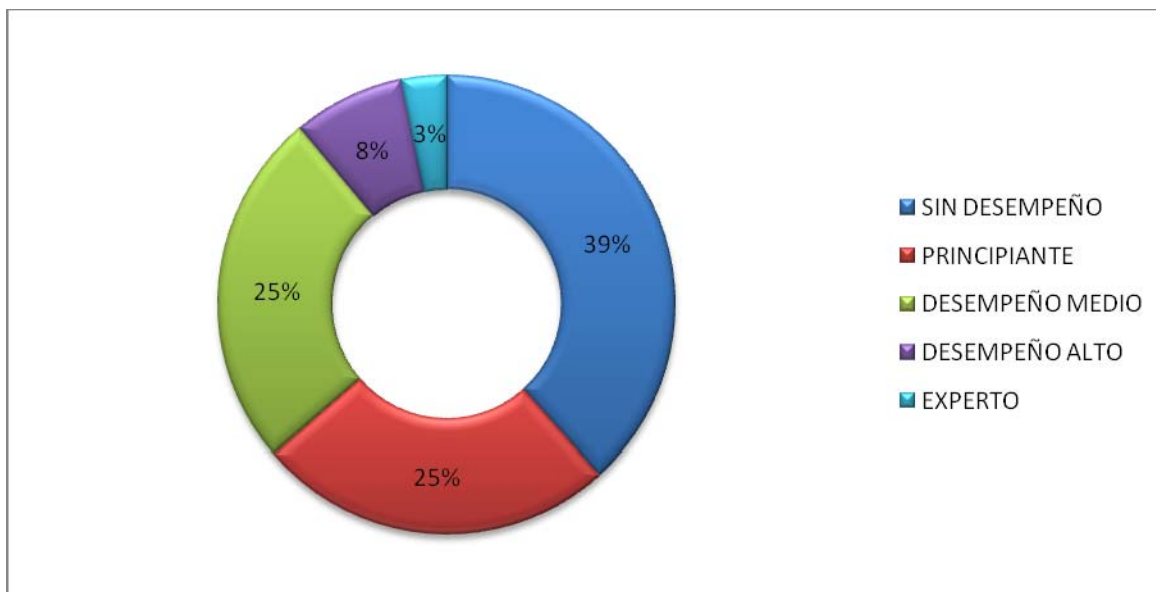
Los datos reportados en relación a la utilización de técnicas de escucha el desempeño medio y alto suman el 65.2%, el nivel de experto alcanzó un 14.7% mientras que el principiante fue de 15.8% y solo un 4.2% reportó esta actividad sin desempeño.

Cuidados ante el duelo

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	73	38.4
PRINCIPIANTE	48	25.3
DESEMPEÑO MEDIO	48	25.3
DESEMPEÑO ALTO	15	7.9
EXPERTO	6	3.2
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008.

Cuidados ante el duelo



FUENTE: Cuadro Cuidados ante el duelo

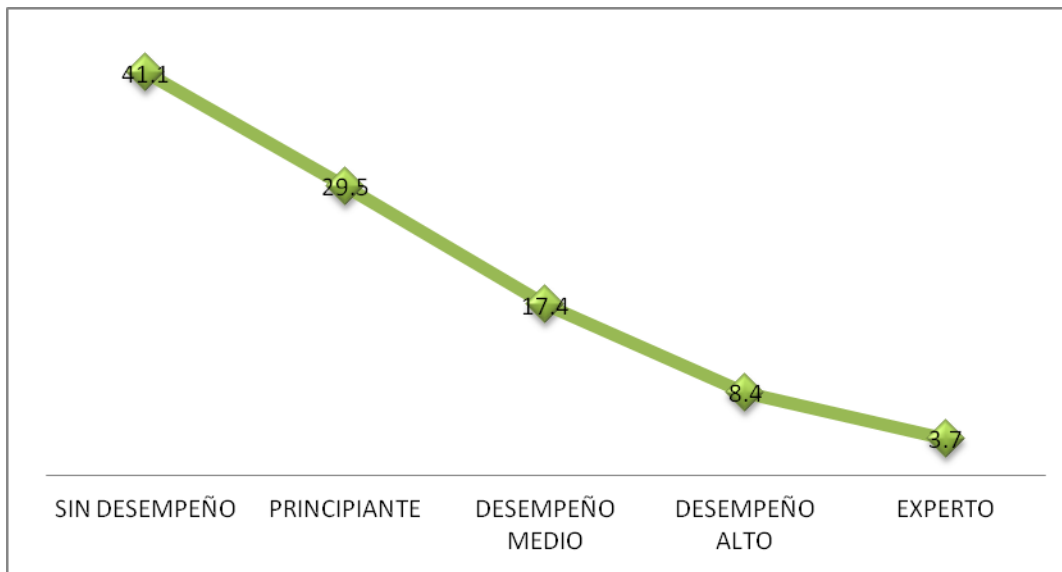
En esta habilidad el desempeño reportado es de sin desempeño, principiante, los cuales suman en total el 64%, desempeño medio 25%, y solo el 11% desempeño alto a experto.

Cuidados ante la soledad y el abandono

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	78	41.1
PRINCIPIANTE	56	29.5
DESEMPEÑO MEDIO	33	17.4
DESEMPEÑO ALTO	16	8.4
EXPERTO	7	3.7
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008.

Cuidados ante la soledad y el abandono



FUENTE: Cuadro Cuidados ante la soledad y el abandono

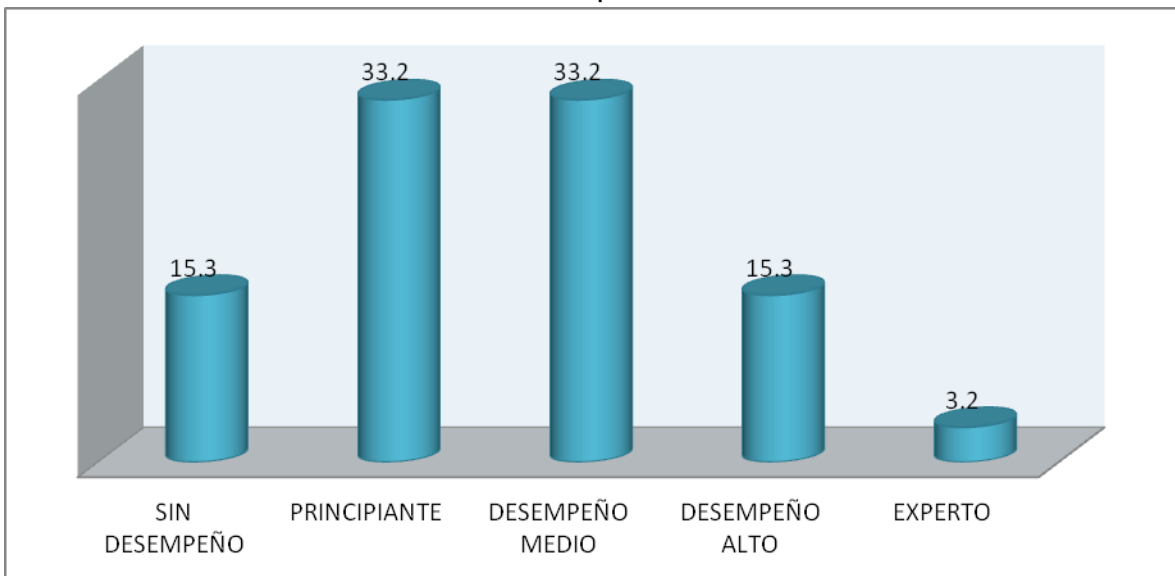
En la habilidad cuidados ante la soledad y el abandono se reporta el de sin desempeño y principiante un 70.6%, el desempeño medio el 17.4% y el alto y experto el 11.8%

Evaluación del impacto del cuidado

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	29	15.3
PRINCIPIANTE	63	33.2
DESEMPEÑO MEDIO	63	33.2
DESEMPEÑO ALTO	29	15.3
EXPERTO	6	3.2
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008.

Evaluación del impacto del cuidado



FUENTE: Cuadro Evaluación del impacto del cuidado

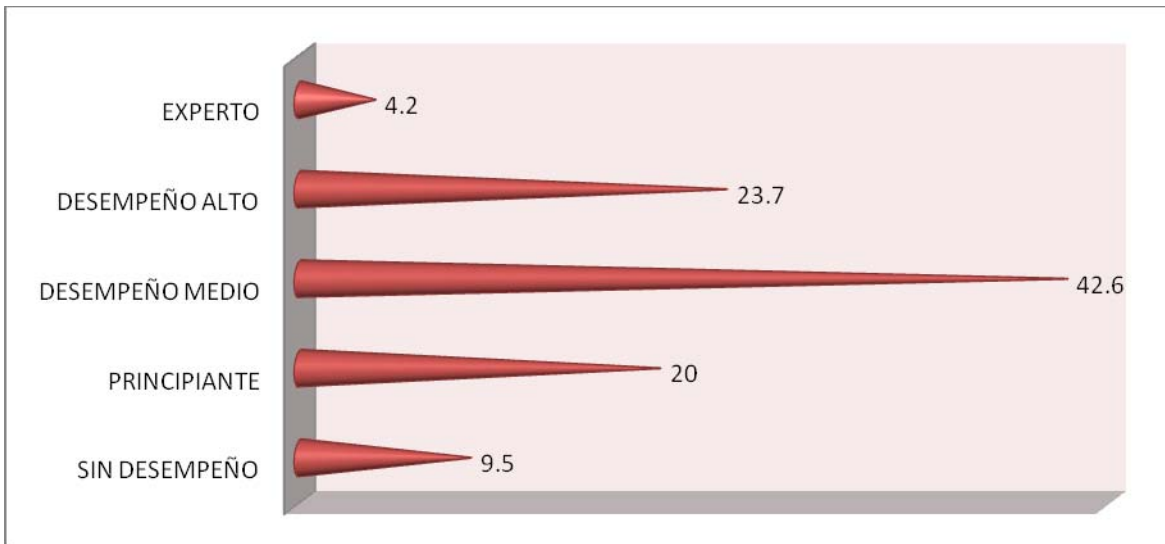
En este rubro se identificó que un 15.3% se sitúa en la habilidad sin desempeño para la evaluación del impacto de los cuidados, un 33.2% en el de principiante y desempeño medio respectivamente, solo un 15.3% se coloca en el desempeño alto y un 3.2% se define como experto.

Evaluación del proceso de enfermería

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	18	9.5
PRINCIPIANTE	38	20
DESEMPEÑO MEDIO	81	42.6
DESEMPEÑO ALTO	45	23.7
EXPERTO	8	4.2
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008-

Evaluación del proceso de enfermería



FUENTE: Cuadro Evaluación del proceso de enfermería

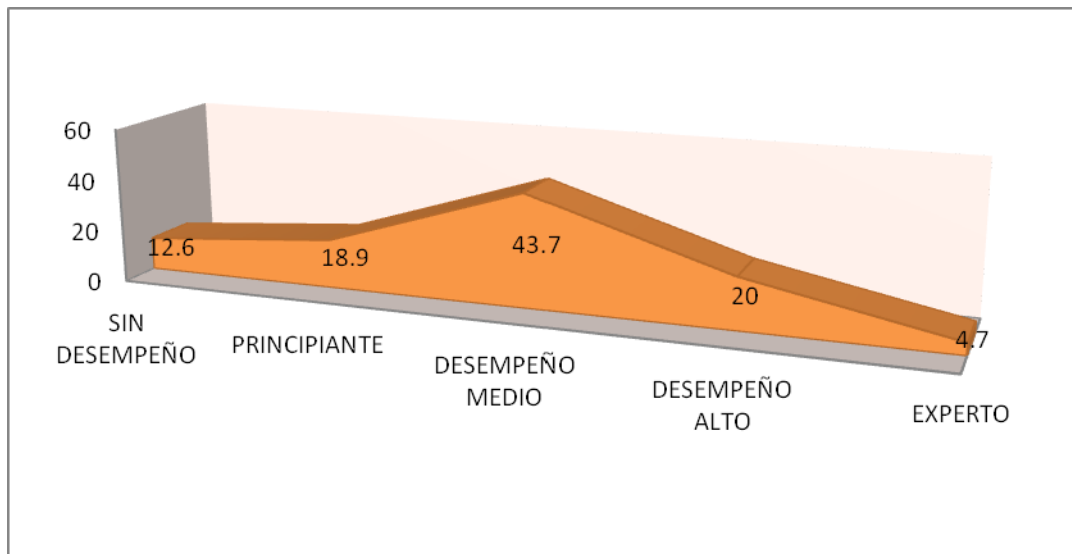
La evaluación de la realización del proceso de enfermería por parte de las y los estudiantes se ubica en el nivel de desempeño medio con un 42.6%, seguido por un 23.7% con desempeño alto, destaca un 20.0% que se define como principiante, un 9.5% que no lo ha realizado y 4.2 se considera experto.

Conocimiento de los indicadores del cuidado de enfermería

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	24	12.6
PRINCIPIANTE	36	18.9
DESEMPEÑO MEDIO	83	43.7
DESEMPEÑO ALTO	38	20
EXPERTO	9	4.7
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008.

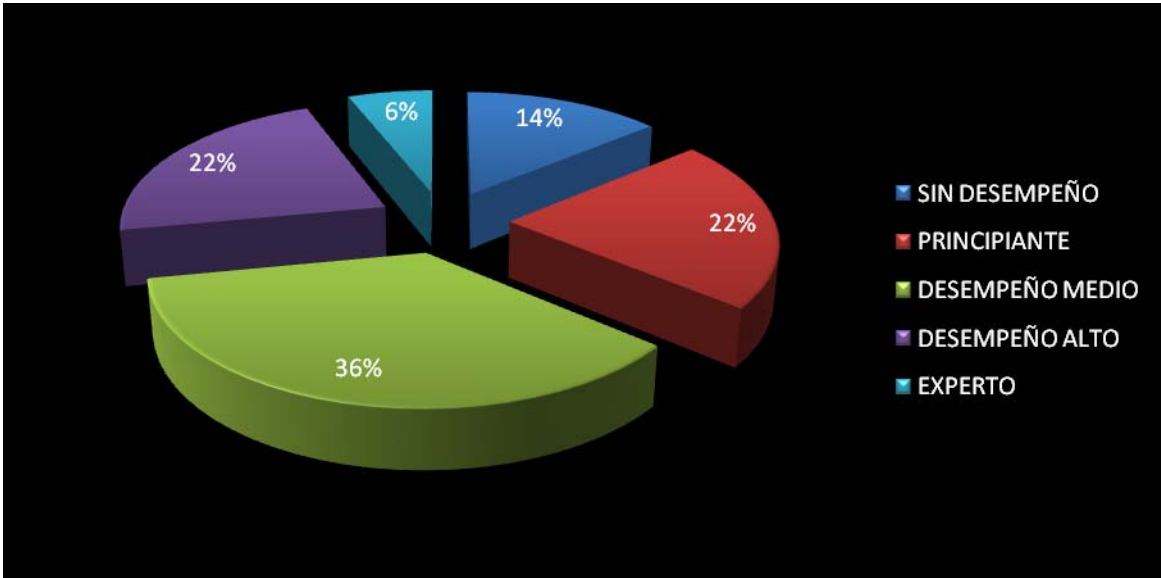
Conocimiento de los indicadores del cuidado de enfermería



FUENTE: Cuadro Conocimiento de los indicadores del cuidado de enfermería

Finalmente respecto al conocimiento de los indicadores del cuidado de enfermería se observa un 43.7% de alumnos que tienen un desempeño medio, seguidos por un 20.0% con desempeño alto, destacan un 18.9% ubicados como principiantes, un 12.6% que se reportan sin desempeño y un 4.7% como expertos.

CONCENTRACIÓN DE LAS HABILIDADES COMUNICATIVAS Y DE INTERACCIÓN



Análisis

El desarrollo de habilidades de comunicación e interacción de los alumnos, en estas prácticas resulta un proceso complejo, al pretender que alcancen niveles básicos de expresión verbal y escrita, ya que como apunta Freire (1973:8) el carácter social e interpersonal de la comunicación generan intercambios de mensajes, verbales y no verbales y se ejerce una influencia recíproca entre las personas que cuida, con las enfermeras en servicio, con otros profesionales de la salud y con las y los docentes, que buscan la significación de los significados respecto al cuidado.

Resulta revelador que el nivel que tiene mayor ponderación es del nivel medio a sin desempeño en habilidades tales como: comunicación terapéutica con la persona, identificación del sufrimiento emocional, identificación de alteración del sueño, evaluación del impacto del cuidado y evaluación del proceso de enfermería, las inferencias que se pueden hacer al respecto son las siguientes:

las habilidades comunicativas y de interacción en su acción (Kubler y García,1993:52) se ven reflejadas por el tipo de educación que cada persona ha obtenido en el transcurso de su vida, los miedos y frustraciones que presenten, lo que resulta una barrera o un acierto para los y las alumnas, quienes viven sus primera experiencias en el campo clínico en el que se presentan situaciones de miedo por encontrarse ante un entorno desconocido y la interacción comunicativa con los otros favorecerá que disminuyan, desaparezcan o se incrementen.

La comunicación que establecen los estudiantes con las personas que cuidan es eminentemente emocional como señala Schaff (1966:23), se

caracteriza porque uno de los sujetos -en este caso los alumnos-, advierten cierto estado emocional en el otro, -en los enfermos- miedo, alegría y odio entre otros -por su situación de salud- pudiendo contagiarse de tal estado y conocer, en lo que se expresa, el estado referido; de ahí que por su juventud e inexperiencia profesional se comuniquen de manera espontánea en algunos casos su comunicación no resulte terapéutica⁵ para la persona cuidada.

La interacción de los estudiantes con las enfermeras en servicio y los docentes de enfermería no han establecido de manera eficiente una comunicación que les permita manifestar su admiración sobre el cuidado a través de signos lingüísticos comunes para que se comprendan de manera semejante, entonces, las acciones que resultan son aisladas y determinadas por la experiencia propia de los alumnos sin una coparticipación en la comprensión de los significados.

En relación a las habilidades de técnicas de escucha y conocimiento de los indicadores del cuidado su desempeño oscila entre el medio al experto, generalmente estas habilidades se asocian a la interacción, a las relaciones de comunicación que establecen los alumnos en situación de co-presencia con las personas que se cuidan, son ellos los que al no estar insertos totalmente de la dinámica laboral uno de los recursos de los alumnos es la interacción con los enfermos, situación que a veces no es fomentada por las enfermeras.

⁵La comunicación terapéutica es entendida como la comunicación que establece la enfermera con la persona que cuida con la intención de que ésta sea ayudada, se centra el interés en su narrativa, su experiencia ante la enfermedad, su experiencia ante el sufrimiento y lo que significa para ella, busca la solución de los problemas o de las necesidades personales, para que la persona y la comunidad tengan una vida más saludable. Se basa en la interacción existente entre el profesional de enfermería y la persona que necesita del cuidado, siendo pautado en la capacidad técnica y legal y en el auto cuidado, en el compromiso ético del equipo de enfermería al realizarlo bajo una concepción emancipadora y transformadora. (Coehlo, Cestari, Leopardi, Marten y Oliveira (2010). Inserción del cuidado terapéutico en la construcción del conocimiento enfermero, Enfermería Global, Murcia.n.18)

Es necesario hacer notar que las habilidades cuidados ante el duelo y cuidados ante la soledad y el abandono, que implican los cuidados a las personas en estado terminal y a su familia, muestra el nivel de desempeño más bajo, situación no solo compleja sino impactante para los alumnos, a nivel cognitivo como ya se explicó con anterioridad también es de los niveles más bajos de desempeño, desde la comunicación y la interacción, Kubler Ross (2010:72) identificó la necesidad de que los profesionales de la salud reconozcan sus emociones y actitudes ante la muerte, con el fin de cuidar de manera más eficiente a los pacientes terminales y a sus familiares, ya que ella se percata que estos pacientes son rechazados por el personal de la salud y esto a consecuencia del temor a enfrentarse a los sentimientos que cada persona enfrenta al interactuar y al realizar los cuidados y las intervenciones que corresponden a estas habilidades.

En estos casos, a los estudiantes se les dificulta interaccionar con las personas en proceso de muerte ya que se enfrentan a una situación para algunas desconocida, para otros con una experiencia personal reciente, así mismo, en su lenguaje no poseen el lenguaje suficiente para expresar un cuidado a una persona en proceso de muerte ni palabras de aliento para sus familiares.

3. Habilidades tecnológicas.

Estas habilidades se relacionan con los cuidados para el mantenimiento de la vida y los de curación, (Collière, 1999:67) están dirigidas al uso de algún instrumento, equipo, material o el propio cuerpo de la profesional de enfermería. Se relacionan con alguna de las etapas del proceso de enfermería, predominando en la etapa de ejecución del plan de cuidados.

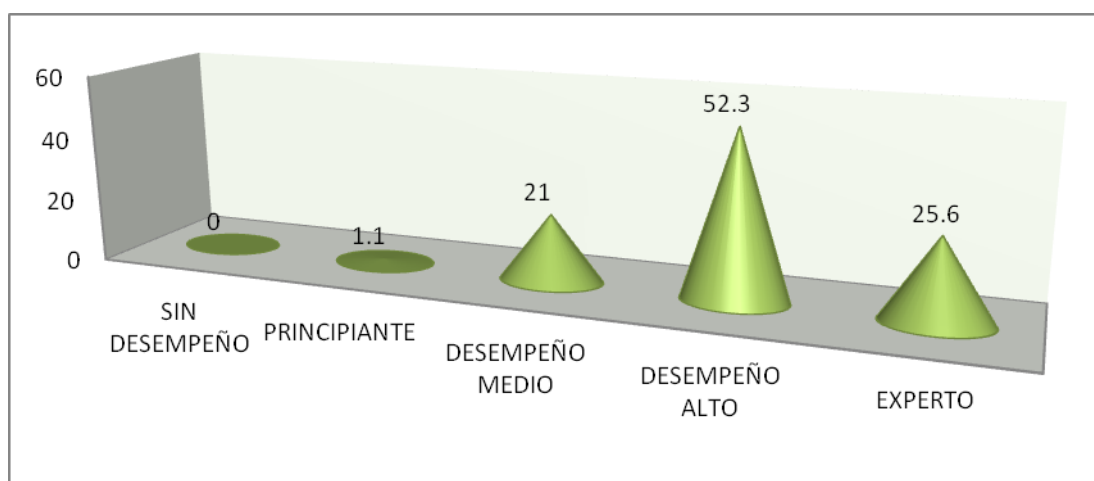
Las habilidades consideradas en este rubro son las siguientes:

Registro y control de signos vitales

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	0	0
PRINCIPIANTE	2	1.1
DESEMPEÑO MEDIO	40	21
DESEMPEÑO ALTO	100	52.3
EXPERTO	48	25.6
TOTAL	190	100%

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia Del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008.

Registro y control de signos vitales



FUENTE: Cuadro Registro y control de signos vitales

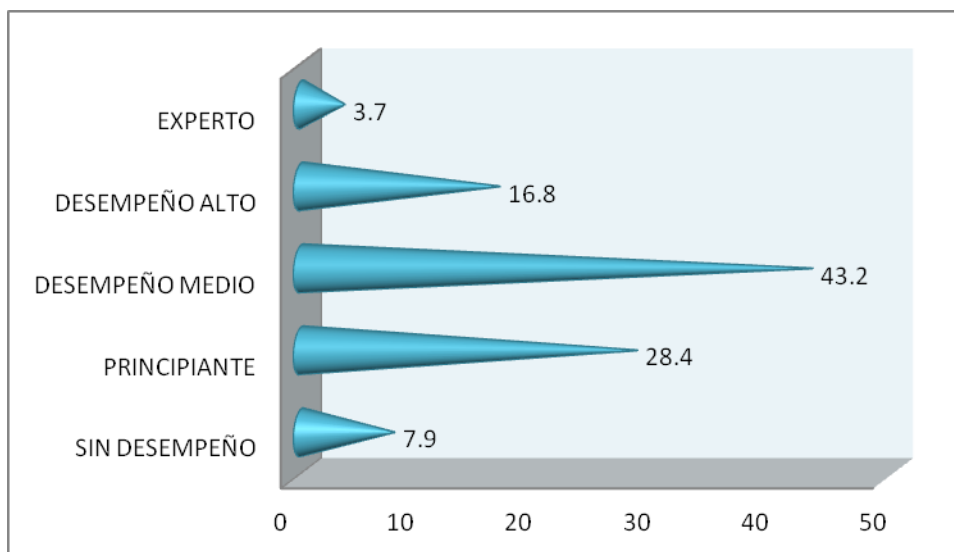
En la variable signos vitales el 52.6% reporta desempeño alto, el 21.1% desempeño medio y un 25.3% se considera experto en la toma de signos vitales, cabe destacar que un 1.1% se considera sin desempeño.

Exploración cefalocaudal

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	15	7.9
PRINCIPIANTE	54	28.4
DESEMPEÑO MEDIO	82	43.2
DESEMPEÑO ALTO	32	16.8
EXPERTO	7	3.7
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008.

Exploración cefalocaudal



FUENTE: Cuadro Exploración cefalocaudal

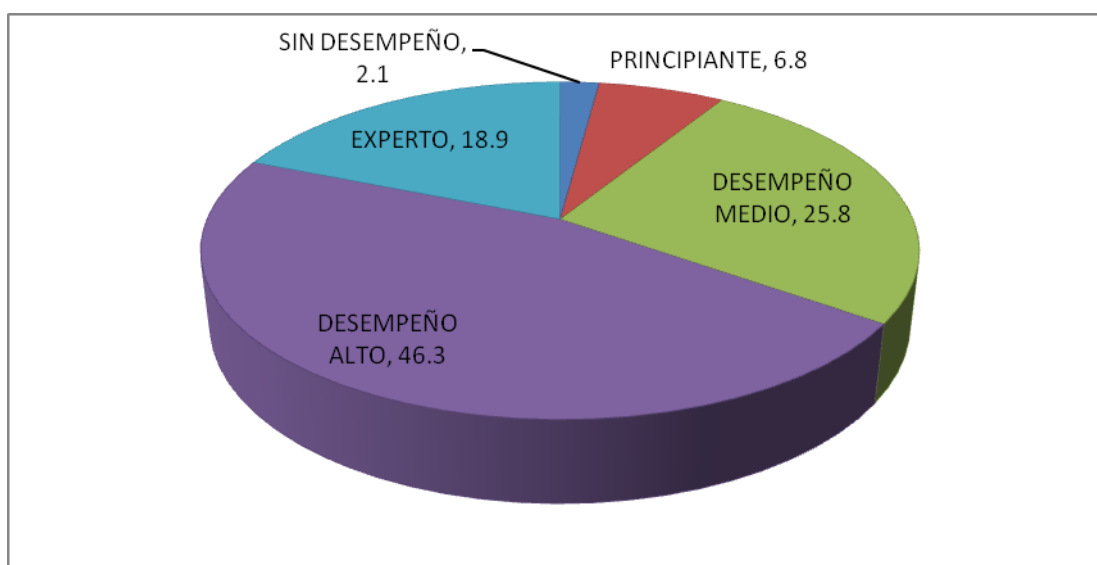
En la exploración física cefalocaudal el 43.2% tiene desempeño medio, 28.4% es principiante y el 7.9% reporta sin desempeño. Solo un 16.8% reporta desempeño alto y un 3.7% como experto.

Cuidados de higiene personal

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	4	2.1
PRINCIPIANTE	13	6.8
DESEMPEÑO MEDIO	49	25.8
DESEMPEÑO ALTO	88	46.3
EXPERTO	36	18.9
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008

Cuidados de higiene personal



FUENTE: Cuadro Cuidados de higiene personal

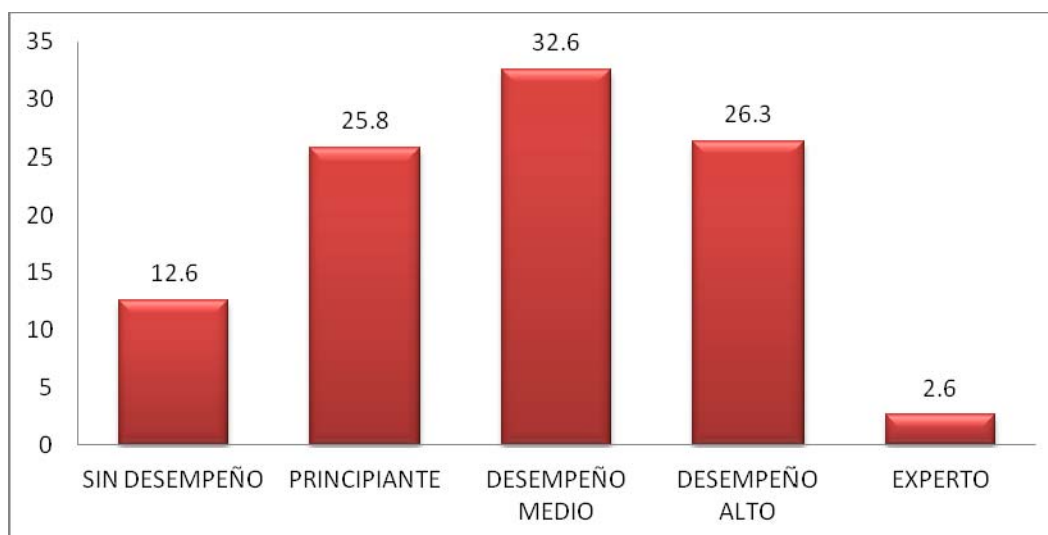
En los cuidados de higiene personal un 18.9% se reportó como experto, 46.3% con desempeño alto, el 25.8% muestra desempeño medio, el 16.8% es principiante y el 2.1% reporta sin desempeño.

Realización de cuidados en la eliminación vesical

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	24	12.6
PRINCIPIANTE	49	25.8
DESEMPEÑO MEDIO	62	32.6
DESEMPEÑO ALTO	50	26.3
EXPERTO	5	2.6
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008

Realización de cuidados en la eliminación vesical



FUENTE: Cuadro Realización de cuidados en la eliminación vesical

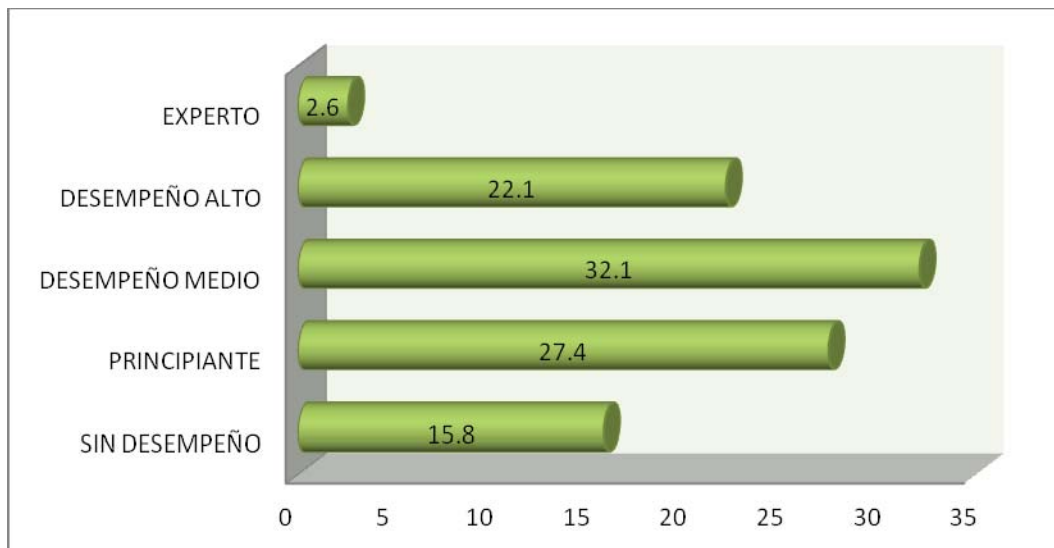
En la realización del cuidado durante la eliminación vesical, una intervención que alcanzó el 2.6% en el nivel de experto, 26.3% con desempeño alto, 32.6% en desempeño medio, el 25.8% es principiante y destaca un 12.6% que lo reporta sin desempeño.

Cuidados en la eliminación intestinal

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	30	15.8
PRINCIPIANTE	52	27.4
DESEMPEÑO MEDIO	61	32.1
DESEMPEÑO ALTO	42	22.1
EXPERTO	5	2.6
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008

Cuidados en la eliminación intestinal



FUENTE: Cuadro Cuidados en la eliminación intestinal

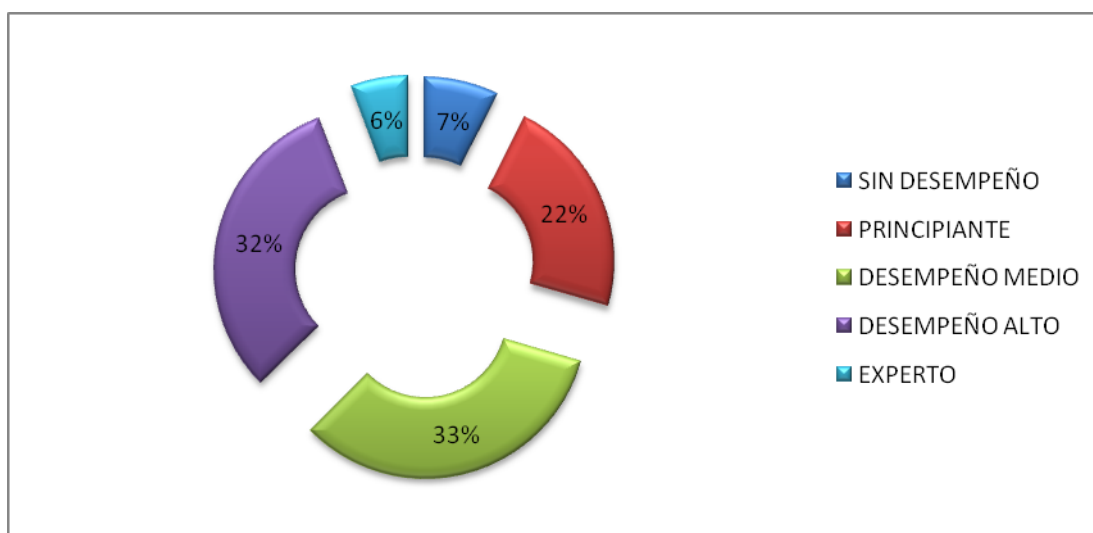
En la eliminación intestinal el 32.1% se ubica en el desempeño medio, el 27.4% es principiante y el 15.8% reporta no haberla desempeñado durante la práctica. Solo el 22.1% alcanza un desempeño alto y un 2.6% se definió como experto.

Cuidados alimentarios

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	14	7.4
PRINCIPIANTE	42	22.1
DESEMPEÑO MEDIO	63	33.2
DESEMPEÑO ALTO	60	31.6
EXPERTO	11	5.8
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008

Cuidados alimentarios



FUENTE: Cuadro Cuidados alimentarios

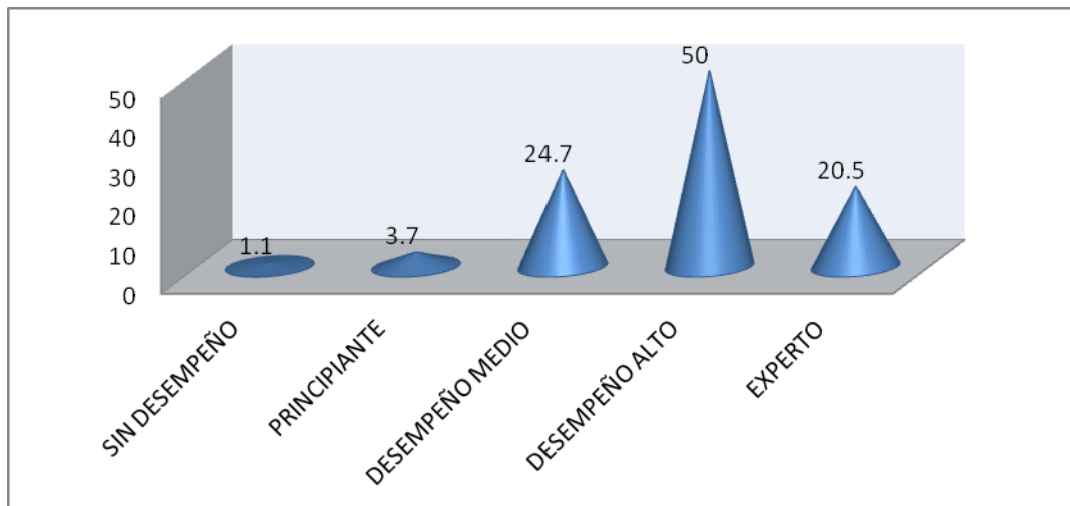
Al indagar sobre el nivel de desempeño de los estudiantes para satisfacer la necesidad de alimentación se observa que acumulativamente el 62.6% están en el desempeño medio o menos. Solo el 31.6% reportan desempeño alto y en 5.8% se ubica como experto.

Aplicación de los principios de asepsia y antisepsia

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	2	1.1
PRINCIPIANTE	7	3.7
DESEMPEÑO MEDIO	47	24.7
DESEMPEÑO ALTO	95	50
EXPERTO	39	20.5
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008

Aplicación de los principios de asepsia y antisepsia



FUENTE: Cuadro Aplicación de los principios de asepsia y antisepsia

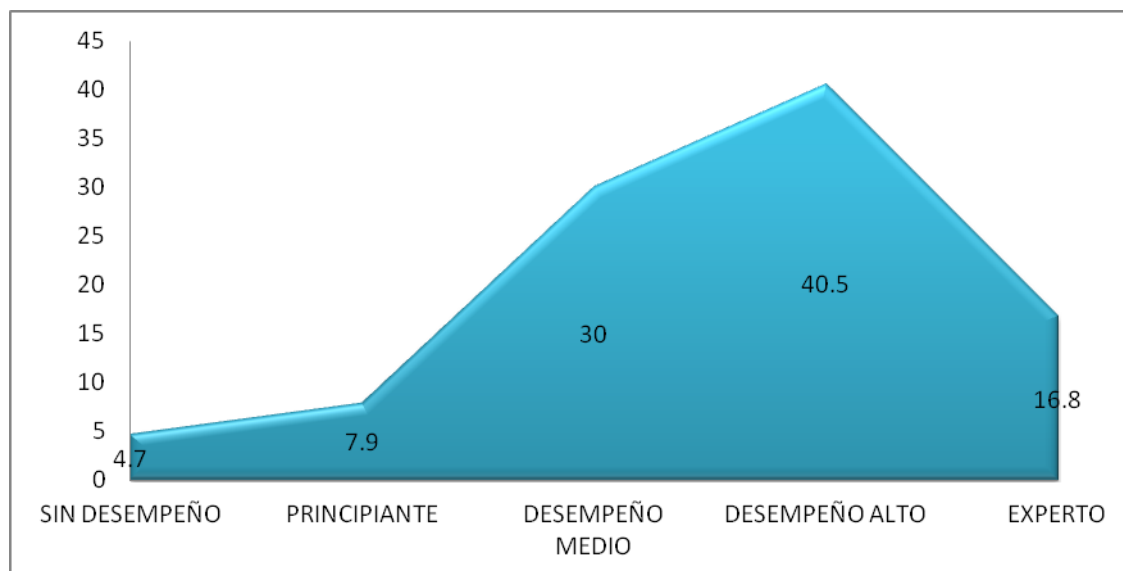
En la aplicación de los principios de asepsia y antisepsia se destaca el alto desempeño, acumulativamente el 50.0% reporta desempeño alto y se identifica a un 20.5% como experto. No obstante un 29.5% que reportan desempeño medio, el 3.7% que se definió como principiante y un 1.1% que dice no haberlo desempeñado durante su práctica.

Realización de técnicas de sanitización

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	9	4.7
PRINCIPIANTE	15	7.9
DESEMPEÑO MEDIO	57	30
DESEMPEÑO ALTO	77	40.5
EXPERTO	32	16.8
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008

Realización de técnicas de sanitización



FUENTE: Cuadro Realización de técnicas de sanitización

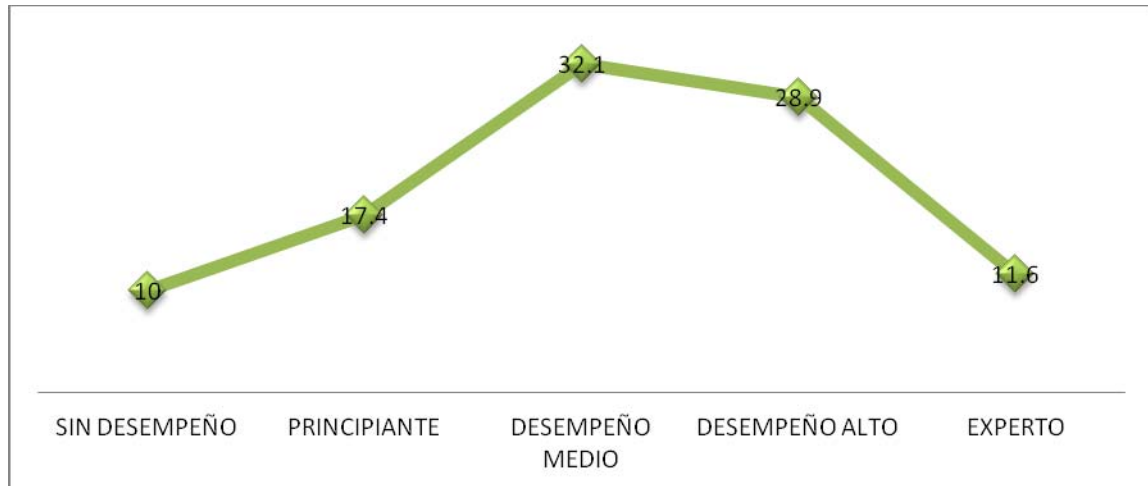
En las técnicas de sanitización, al igual que las medidas de asepsia ofrecen una tendencia positiva con un 57.3% acumulado en desempeño alto y experto, desde luego se observa todavía un 42.6% acumulado que oscila entre desempeño medio, principiante y aún sin desempeño.

Procedimientos de esterilización

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	19	10
PRINCIPIANTE	33	17.4
DESEMPEÑO MEDIO	61	32.1
DESEMPEÑO ALTO	55	28.9
EXPERTO	22	11.6
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008

Procedimientos de esterilización



FUENTE: Cuadro Procedimientos de esterilización

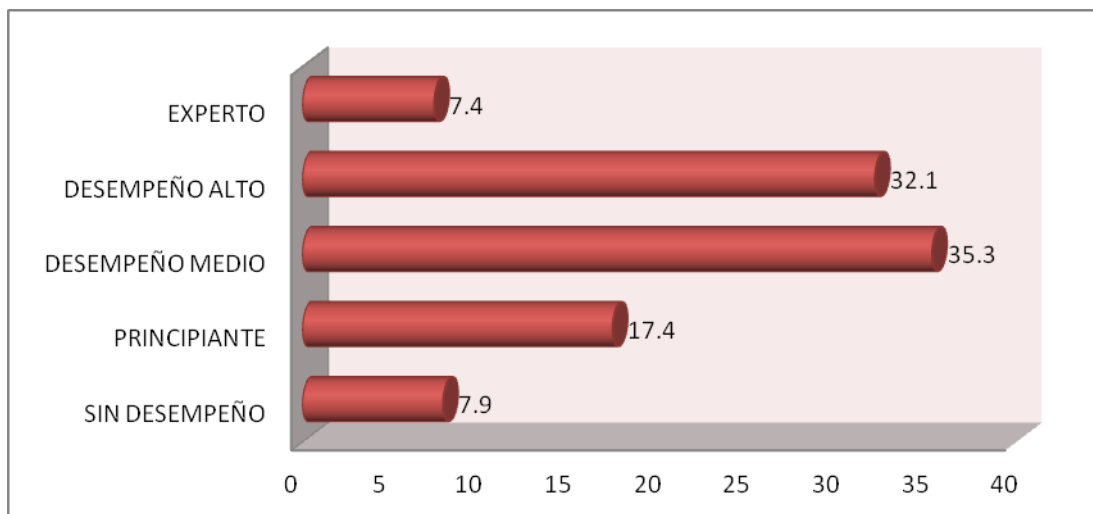
La habilidad sobre procedimientos de esterilización tiene una distribución de un 32.1% en el desempeño medio, un 17.4% principiante y en 10.0% sin desempeño, y solo un 28.9% esta en el desempeño alto y un 11.6% se asumen como expertos.

Mobilización y protección de la piel

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	15	7.9
PRINCIPIANTE	33	17.4
DESEMPEÑO MEDIO	67	35.3
DESEMPEÑO ALTO	61	32.1
EXPERTO	14	7.4
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008

Mobilización y protección de la piel



FUENTE: Cuadro Mobilización y protección de la piel

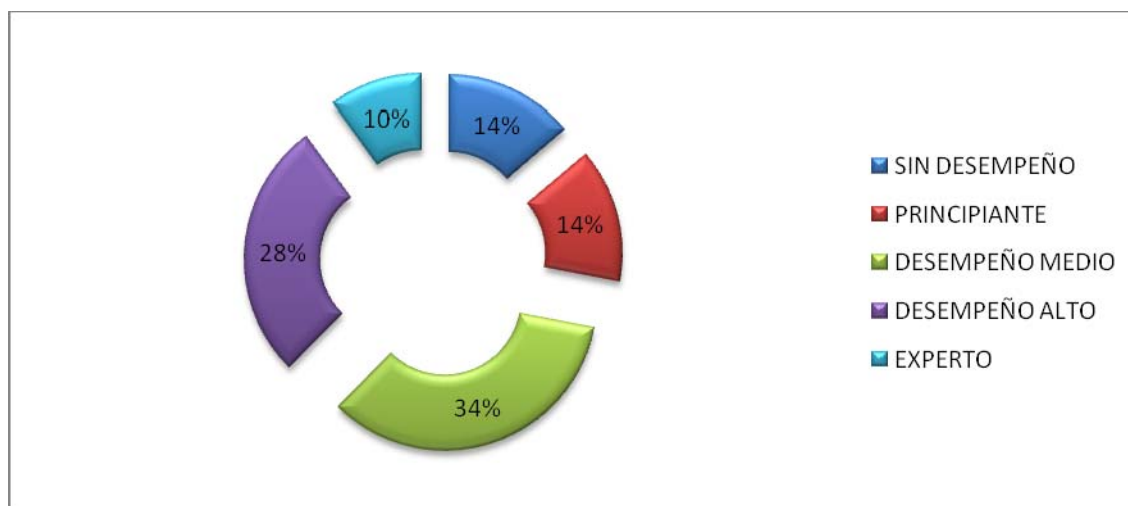
La habilidad para la movilización de la persona cuidada alcanzó un 35.3% en el nivel de desempeño medio, siendo este el más alto porcentaje, le continúa el desempeño alto con un 32.1%, el principiante se ubica en un 17.4% y sin desempeño en 7.9%. Existe sin embargo un 7.4% que se sitúan en el nivel de expertos.

Aplicación de vendajes

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	26	13.7
PRINCIPIANTE	27	14.2
DESEMPEÑO MEDIO	65	34.2
DESEMPEÑO ALTO	52	27.4
EXPERTO	20	10
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008

Aplicación de vendajes



FUENTE: Cuadro Aplicación de vendajes

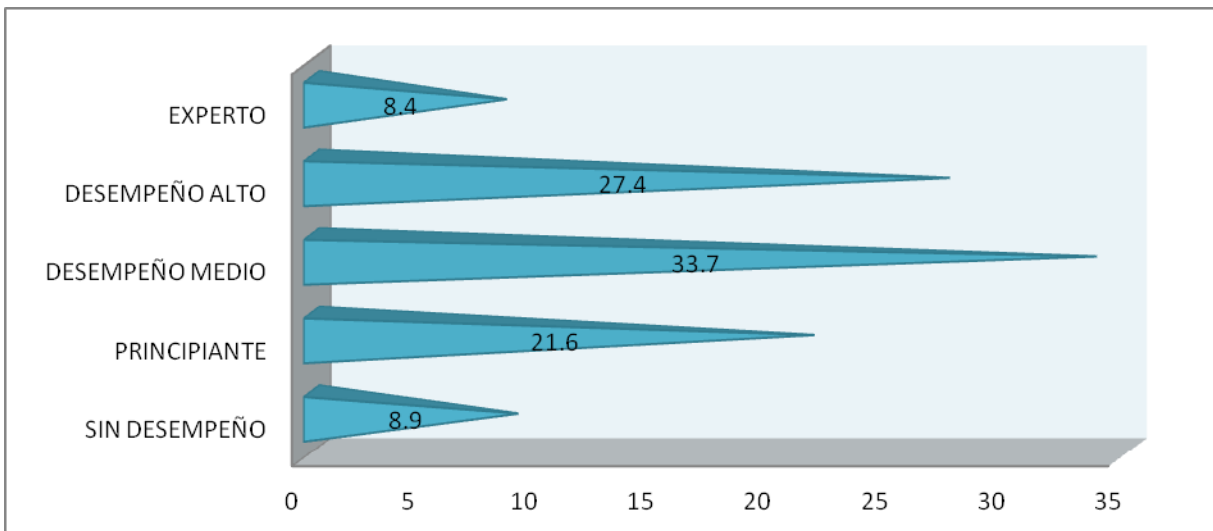
En la realización de vendajes el 34.21% correspondió al nivel de desempeño medio, el principiante con el 14.2% y sin desempeño el 13.7%. Solo el 27.4% alcanzó el desempeño alto y un 10.0% se ubicó como experto.

Cuidado de heridas

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	17	8.9
PRINCIPIANTE	41	21.6
DESEMPEÑO MEDIO	64	33.7
DESEMPEÑO ALTO	52	27.4
EXPERTO	16	8.4
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008

Cuidado de heridas



FUENTE: Cuadro Cuidado de heridas

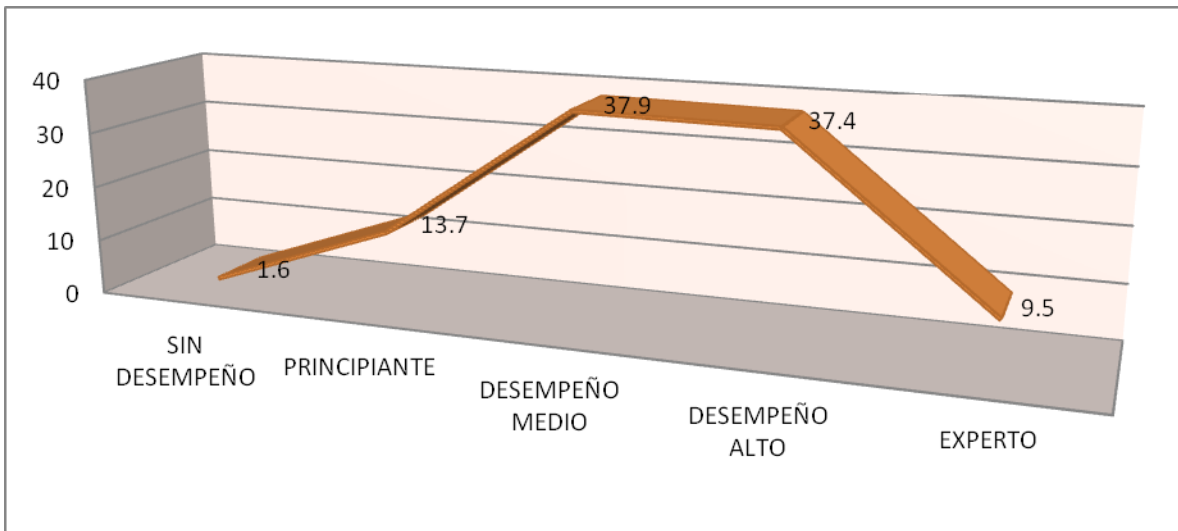
Se reporta que un 33.7% alcanzó un desempeño medio en el cuidado de las heridas, el desempeño alto lo consiguieron el 27% de los estudiantes, el 21.6% es principiante y un 8.9% aún no lo ha desempeñado y en nivel más bajo se ubica en experto 8.8%

Administración de medicamentos parenterales y orales

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	3	1.6
PRINCIPIANTE	26	13.7
DESEMPEÑO MEDIO	72	37.9
DESEMPEÑO ALTO	71	37.4
EXPERTO	18	9.5
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008

Administración de medicamentos parenterales y orales



FUENTE: Cuadro Administración de medicamentos parenterales y orales

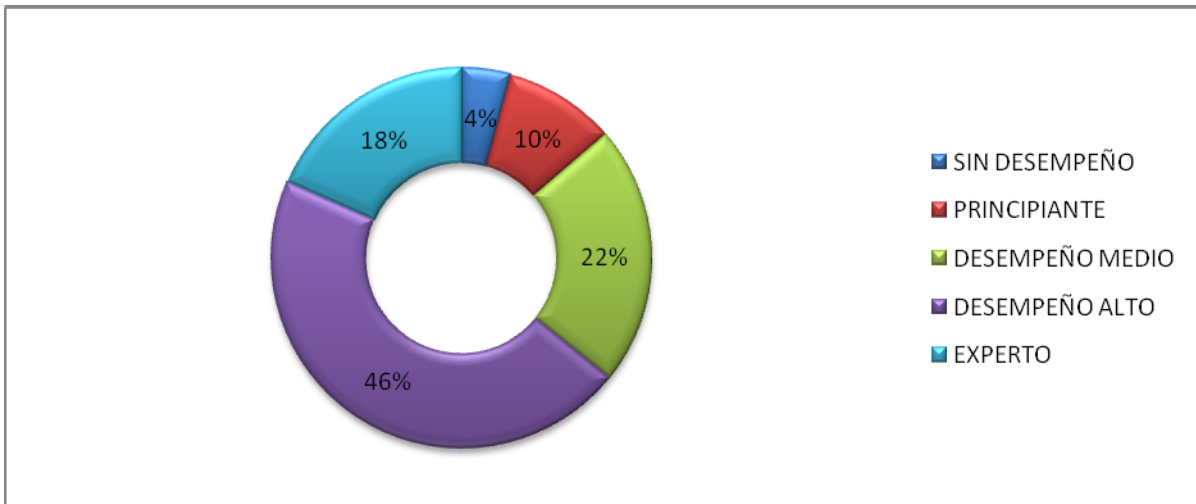
La administración de medicamentos orales y parenterales es una habilidad en la que el 37.9% de los entrevistados reportó desempeño medio, el 13.7% se ubica como principiante y un 1.6% reporta que aún no lo ha desempeñado. No obstante destaca también el 37.4% que reporta alto desempeño en la aplicación de medicamentos y un 9.5% que se consideran expertos en esta actividad

Control de residuos biológico infecciosos.

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	8	4.2
PRINCIPIANTE	18	9.5
DESEMPEÑO MEDIO	42	22.1
DESEMPEÑO ALTO	87	45.8
EXPERTO	35	18.4
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008

Control de residuos biológico infecciosos



FUENTE: Cuadro Control de residuos biológico infecciosos

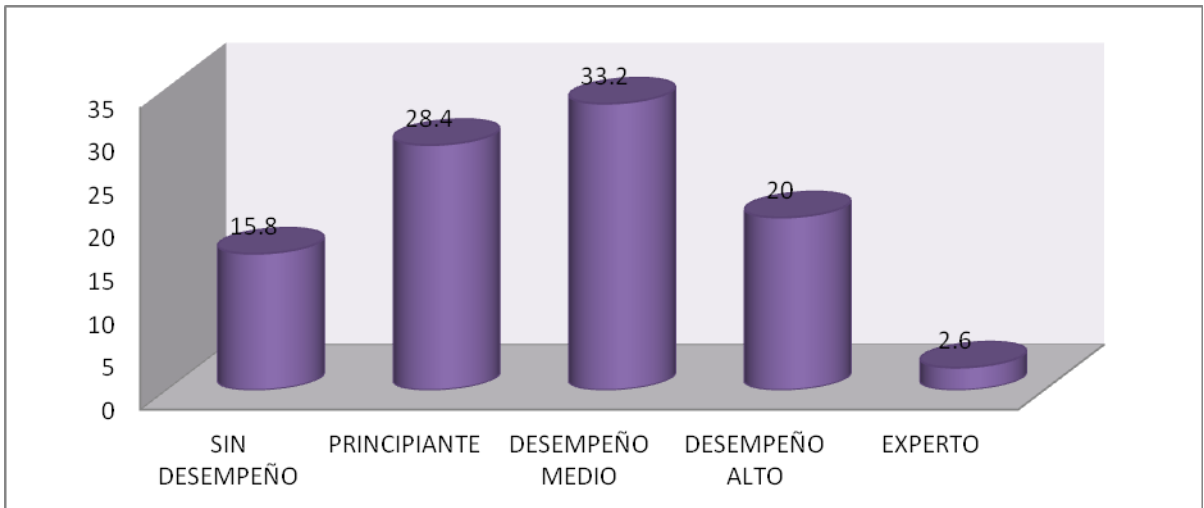
Respecto al manejo de residuos biológicos infecciosos se observó un 64.2% acumulado que se ubica en el desempeño alto y experto. No obstante un 22.1% tiene desempeño medio, un 9.5% es principiante y un 4.2% se reportó sin desempeño.

Aplicación procedimientos de oxigenación.

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	30	15.8
PRINCIPIANTE	54	28.4
DESEMPEÑO MEDIO	63	33.2
DESEMPEÑO ALTO	38	20
EXPERTO	5	2.6
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008

Aplicación procedimientos de oxigenación



FUENTE: Cuadro Aplicación procedimientos de oxigenación

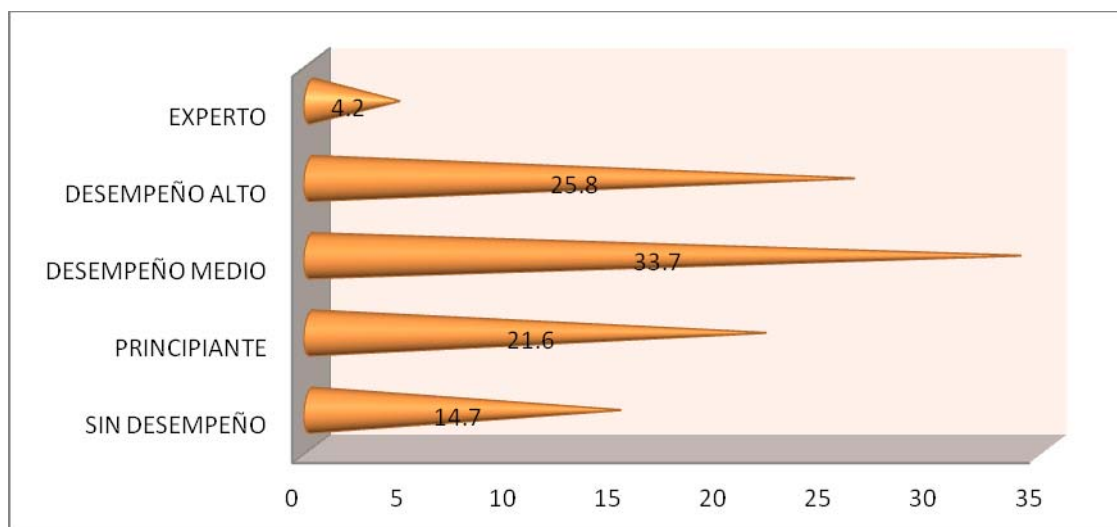
La realización de procedimientos e intervenciones de enfermería para satisfacer las necesidades de oxigenación alcanzaron un 77.4% acumulado entre el desempeño medio, nivel de principiante y sin desempeño. Solo un 22.6% acumulado se consideró con alto desempeño y experto.

Administración de venoclisis

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	28	14.7
PRINCIPIANTE	41	21.6
DESEMPEÑO MEDIO	64	33.7
DESEMPEÑO ALTO	49	25.8
EXPERTO	8	4.2
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008

Administración de venoclisis



FUENTE: Cuadro Administración de venoclisis

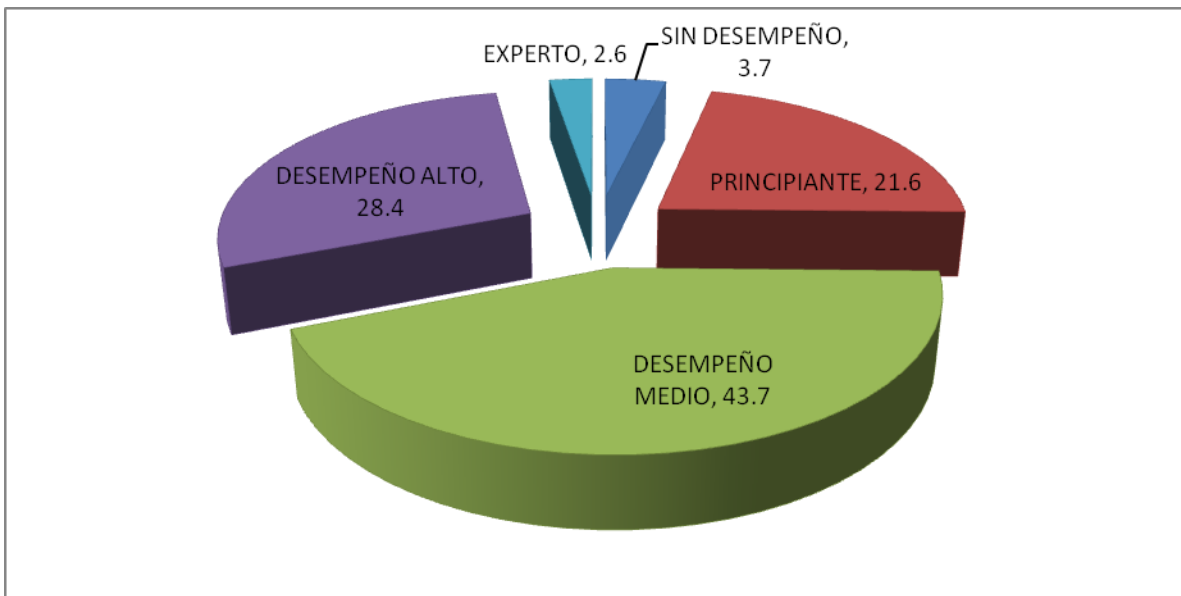
La administración de venoclisis es un procedimiento que alcanzó un 70.0% acumulado en los niveles de dominio que van del desempeño medio, el de principiante a sin desempeño. Solo el 25.8% alcanzó un desempeño alto y un 4.2% está en el nivel de experto.

Procedimientos de mecánica corporal

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	7	3.7
PRINCIPIANTE	41	21.6
DESEMPEÑO MEDIO	83	43.7
DESEMPEÑO ALTO	54	28.4
EXPERTO	5	2.6
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008

Procedimientos de mecánica corporal



FUENTE: Cuadro Procedimientos de mecánica corporal

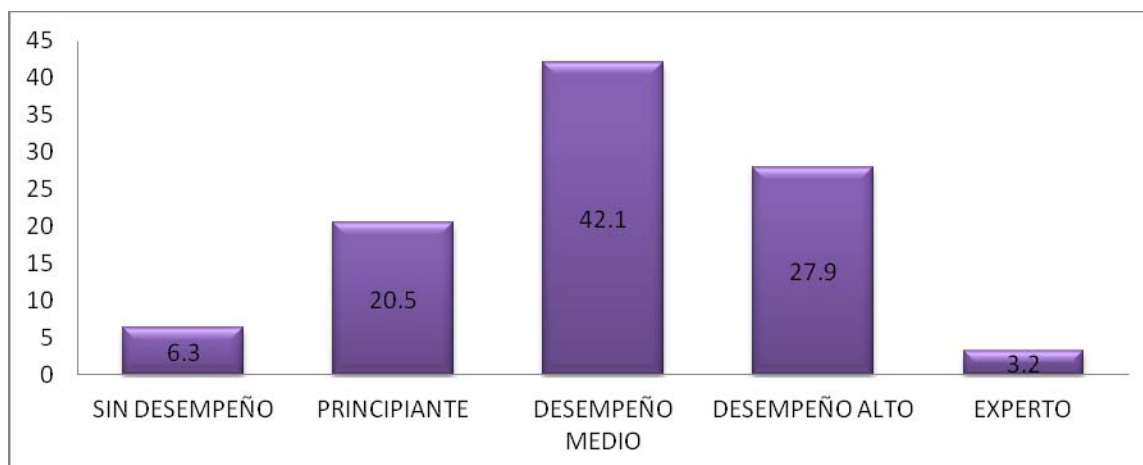
La utilización de los procedimientos para la mecánica corporal alcanzó un 43.7% de desempeño medio, el 21.6% se define en el nivel de principiante y el 3.7% lo reporta sin desempeño, no obstante destaca un 28.4% con desempeño alto y solo un 2.6% se concibe como experto en mecánica corporal.

Posiciones anatómicas y terapéuticas a la persona

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DESEMPEÑO	12	6.3
PRINCIPIANTE	39	20.5
DESEMPEÑO MEDIO	80	42.1
DESEMPEÑO ALTO	53	27.9
EXPERTO	6	3.2
TOTAL	190	100

FUENTE: Escala de habilidades clínicas aplicada a alumnos de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del cuarto semestre, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia 2008

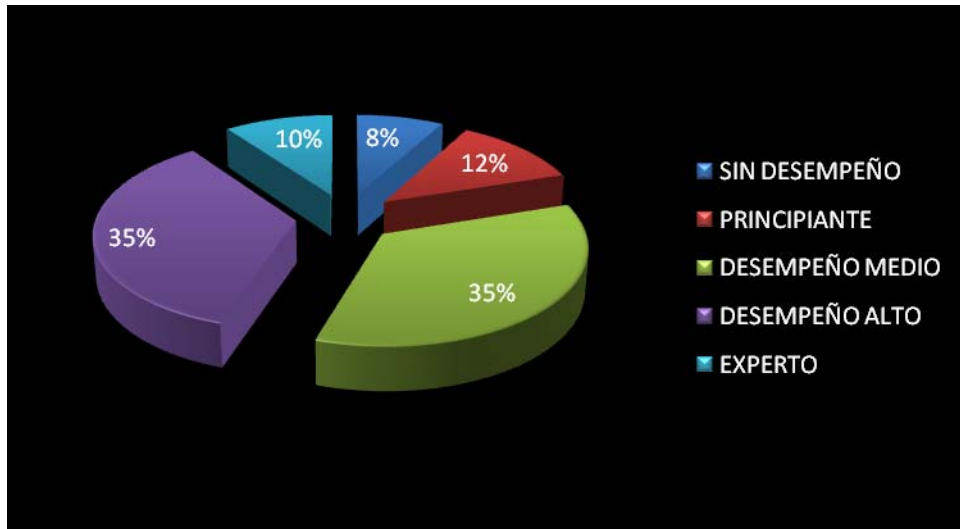
Posiciones anatómicas y terapéuticas a la persona



FUENTE: Cuadro Posiciones anatómicas y terapéuticas a la persona

En relación con la utilización de las diversas posiciones anatómicas y terapéuticas para la persona se observa que en orden decreciente el 42.1% reporta desempeño medio, el 27.9% tiene alto desempeño, le sigue un 20.5% que es principiante, un 6.3% lo reporto sin desempeño. Solo un 3.2% se define como experto.

CONCENTRACIÓN DE HABILIDADES TECNOLÓGICAS



Análisis

Las habilidades tecnológicas tienen como característica, la posibilidad de transferencia en el sentido en que una habilidad no se desarrolla para un momento o acción determinados, sino que se convierte en una cualidad, en una forma de respuesta aplicable a múltiples situaciones que comparten esencialmente la misma naturaleza en este caso la tecnología ; de allí que se hable que las habilidades desarrolladas por los alumnos configuran una forma peculiar de resolver tareas o resolver problemas relacionados con el cuidado (Colliére, 1996: 32).

En este rubro destaca significativamente el desempeño medio y alto, de las habilidades relacionadas con la valoración de signos vitales, exploración cefalocaudal, eliminación alimentación, movilización y protección de la piel, aplicación de vendajes, cuidado de heridas, administración de medicamentos, mecánica corporal y control de residuos biológicos, este comportamiento se relaciona con las siguientes cuestiones:

Estas habilidades corresponden a las tecnologías para el mantenimiento de la vida y a las de curación, mismas que forman parte de la práctica dominante en los hospitales por parte de las enfermeras, en consecuencia, son las que más promueven en los estudiantes, los cuales mitigan las cargas de trabajo que se desarrollan en los servicios.

Al ser eminentemente prácticas los alumnos las consideran de mayor importancia dado que en ellas se concreta el hacer de enfermería – visión un tanto reduccionista según Colliére, (1996:35) y la formulación de conceptos, prácticas independientes, análisis de sus fundamentos y la utilidad para el cuidado de las tecnologías aún no se desarrolla en

esta etapa de formación por lo que se infiere que más que desarrollar una habilidad tecnológica se realiza la repetición de técnicas.

Existen dos habilidades que corresponden a las tecnologías de curación que se manifiestan de medio a sin desempeño, requieren mayor nivel de complejidad para su realización como son la administración de venoclisis y oxigenación, no pueden centrarse en la técnica misma, mas bien requiere juicios de valoración de la necesidad de la persona, estrategias de venopunción, establecimiento de criterios para una oxigenación adecuada por diferentes formas.

Así mismo existen dos habilidades que corresponden a las tecnologías para el mantenimiento de la vida que su desempeño es de alto a experto como son la higiene personal y la aplicación de medidas de asepsia y antisepsia, es explicable dado que son acciones que los alumnos están habituados a desarrollar con su propia persona, así mismo los profesionales de enfermería están sensibilizados a que los estudiantes las realicen.

VI.- Conclusiones

En las diferentes habilidades es notoria la predominancia porcentual en el nivel medio y alto lo que resulta congruente con el nivel de formación en el tercer semestre dado que es la formación inicial dentro de la Enfermería y el nivel de experto es de suponerse se logra cuando el alumno culmina los estudios profesionales.

Con relación a las habilidades cognitivas aun se encuentran en niveles intrapsíquicos (Vygotsky, 1995:97) se requiere del fortalecimiento de la zona de desarrollo próximo y establecer la mediación requerida por los alumnos para sentar las bases cognitivas para que en prácticas futuras progresivamente alcancen niveles de desempeño más altos por lo que la interacción con sus pares, profesionales de la enfermería debe ser gestionada por las enfermeras docentes para que el alumno pueda desarrollar de manera intersíquica las diferentes habilidades cognitivas de su campo profesional

En las habilidades comunicativas existe una tendencia hacia el nivel medio, principiante y sin desempeño, evidente en el nivel de formación de los alumnos, es necesario un acercamiento mayor por parte del docente para el fortalecimiento de este tipo de habilidades, se requiere para su aprendizaje de la modelación y del análisis de las diferentes interacciones que ocurren a lo largo del proceso.

En el caso de las habilidades tecnológicas se nota una tendencia hacia el nivel medio, alto y experto pero es conveniente analizar desde la interacción del docente con los alumnos el conocimiento de las tecnologías, técnicas y procedimientos, su proceso de elaboración, su creación, la justificación de su utilización apropiada y de la manera de servirse de ella para otorgar cuidados a las personas que lo requieren.

Las funciones mentales superiores se obtienen y se desarrollan a través de la interacción social, en este caso los alumnos desarrollan una práctica inicial donde su experiencia la enfrentan apoyados en sus propios compañeros, -la docente funge como orientadora administrativa-, aún no interactúan con el grupo de enfermería, no han asimilado el uso de símbolos ni mucho menos han introyectado los valores profesionales que guían su hacer profesional, en consecuencia las habilidades que se espera que los alumnos realicen deberán ser replanteadas para no saturarlos y centrarse más en su perfeccionamiento de acuerdo al nivel de formación en que se encuentran.

A nivel personal considero que el realizar esta investigación constituyó una experiencia y una oportunidad de entender que en el proceso de aprendizaje de los fundamentos de enfermería en la práctica clínica, existen diferentes factores que la determinan, los resultados aquí vertidos son un arista del problema, sin embargo considero que hay que estudiar el problema desde la visión de los docentes desde sus propios significados, la influencia de los campos de práctica y la interacción de las enfermeras de los servicios, signatura pendiente para un desarrollo futuro.

De igual forma, me permitió visualizar que el aprendizaje de los alumnos en las diferentes habilidades que se expresan en el programa de prácticas como experiencias de aprendizaje, es tarea fundamental el promoverlos a través de la gestión docente y la autogestión del alumno.

Es de llamar la atención cómo en la realización de ese trabajo pude conjugar los aprendizajes logrados en la maestría en pedagogía y los disciplinares de la enfermería, afianzando los que se refieren a las habilidades psicosociales planteadas por Vigotsky, reconstruyendo otros

relacionados con la comunicación referidos por Freire, Zaldivar y O´Sullivan por citar algunos, así como construir mi propio conocimiento relacionado con el aprendizaje en la práctica clínica de enfermería.

VII. Propuestas que se derivan de este estudio

- El conocimiento al construirse a partir de la experiencia, requiere en el caso de los fundamentos de enfermería II que se conviertan no sólo en el hacer mecánico sino en una praxis generadora de conocimiento es decir, generar el conocimiento en la acción reflexiva, problematizadora que apunte a la solución de problemas de la realidad función prioritaria del docente.
- Si el aprendizaje o construcción del conocimiento se da en la interacción social, la enseñanza debe situarse en un ambiente real, en situaciones significativas que le permitan al alumno ir construyendo su propio conocimiento y significar su hacer en el cuidado.
- El diálogo, entendido como intercambio activo entre docente – alumno-alumnos-enfermeras en servicio y otros profesionales de la salud es básico en el aprendizaje; desde esta perspectiva, el estudio colaborativo en grupos y equipos de trabajo debe fomentarse, es importante proporcionar a los alumnos oportunidades de participación en discusiones de alto nivel sobre el contenido de los fundamentos de enfermería II en diferentes espacios pero principalmente en la clínica.
- Cobra relevancia para la formación de los alumnos en la asignatura de fundamentos II el conocimiento de las tecnologías para el cuidado por lo que los docentes deben plantearse conjuntamente con los alumnos espacios de reflexión y análisis que permitan explicarse el sentido, utilidad y proceso de construcción de las tecnologías y dejar de lado la sola idea de su simple aplicación mecánica.

- Continuar con el estudio de las habilidades clínicas y el papel del docente en la enseñanza clínica a lo largo de la formación profesional de tal forma que se desarrollen propuestas de tutoría clínica acordes a las necesidades y avances de los alumnos
- El docente de fundamentos de enfermería II en la práctica hospitalaria pondrá énfasis en el resignificar el aprendizaje de las acciones y procedimientos y métodos del hospital como intervenciones autónomas de enfermería así como el impacto que tiene en la seguridad y confort de la persona vinculando la ética y la estética del cuidado para la satisfacción de las necesidades humanas.
- Es necesario ejercitar tanto las habilidades tecnológicas como las cognitivas y comunicativas y de interacción desde el aula y específicamente en las prácticas de laboratorio con el objeto de analizar y retroalimentar sus implicaciones de manera que se resignifiquen las prácticas de fundamentos de enfermería II y resulten reveladoras de la práctica profesional de enfermería.
- Una de las tareas fundamentales de los docentes responsables de la asignatura de fundamentos de enfermería II es el análisis curricular de la asignatura, el perfil profesional de la carrera y su relación con los objetivos de la asignatura, los contenidos y habilidades que se esperan aprendan los alumnos de tal forma que se seleccionen los aprendizajes básicos de tal forma que las puedan llevar a cabo durante las prácticas y ningún alumno se quede sin desempeño en ellas.
- Por último, es apremiante la necesidad de que los docentes de enfermería se conviertan en investigadores de la docencia, en la

docencia y para la docencia de tal forma que la deconstruyan para construir una nueva docencia acorde con las exigencias actuales de la formación y establezcan un sistemas de evaluación permanente que favorezca el aprendizaje tanto en el aula como en la clínica.

Bibliografía:

Alfaro L. R. (1999) *Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso*. 4ª ed., Barcelona, Springer.

Anastasi, A. (1970) *Psicología diferencial*. Aguilar, Madrid.

Ausubel D. P. Novak, J. D. Hanesian H.(1996) *Psicología Educativa*. Argentina, Paidós, Educador, 1996.

Benner, P., y Wrubel, J. (1989) *the primacy of caring: stress and coping in health and illness*. Menlo Park, CA: Addison Wesley.

Benner P; Tanner C; Chelsa C. (2009) *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment, and ethics*. 2ed., Springer, Philadelphia.

Casanueva S. P. "Evaluación educacional formadora" en *Avizora Publicaciones. Psicología*. Consultado el día 18 de septiembre de 211, en:

http://www.avizora.com/publicaciones/psicología/textos/0078_evaluación_educacional_formadora.htm#lev

Cicourel, A. (1979) *La Sociologie Cognitive*, Presses Universitaires, France, París.

Coelho, A., S. et al. (2010) *Inserción del cuidado terapéutico en la construcción del conocimiento enfermero. Enfermería global*, n.18, pp. 0-0. ISSN 1695-6141.

Coll, S. C.(1997) *Aprendizaje escolar y construcción del conocimiento. Un punto de vista cognoscitivo*. México, Trillas.

Collière, M. F. (1996) *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid, Interamericana McGraw-Hill.

ENEO, (2007) *Plan de Desarrollo Institucional 2007-2012*. México, D.F., ENEO, UNAM.

ENEO, (2000) *Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia*. México, D.F., ENEO, UNAM.

Eusse, Z.O. (1983) "*La instrumentación didáctica en el aula*" en *Perfiles Educativos*, CESU, UNAM. N.19:3-18.

Freire, P. (1973) *¿Extensión o Comunicación? Laconcientización en el medio rural*, México, Siglo XXI y Tierra Nueva.

Freire, P. (1983) *Pedagogía del oprimido*. México, Siglo XXI y Tierra Nueva.

García H., (1993) *Curriculum y educación para la muerte*. Enfermería Clínica. [Consultado el 20 de octubre 2011]; 3(5) [197-201] en: <http://tanatologia.org/curriculum26.pdf>

Goffman, E. (1971) *Relaciones en público. Microestudios del orden público*, Alianza Editorial, Madrid.

Kübler, R. E. (1971). "*On Death and Dying*". Fourth edition. Collier-MacMillan LTD.London.

Morán, O.P. (2010) "*La vinculación docencia-investigación como estrategia pedagógica*" Antología. Diplomado de docencia. ENEO, UNAM.

Morán, O. P. (2004) "*La docencia como recreación y construcción del conocimiento. Sentido pedagógico de la investigación en el aula*". *Perfiles Educativos*, CESU, UNAM. v.26, n. 105-106: 3-6.

Morán, O. P. (2007) "*Hacia una evaluación cualitativa en el aula*". *Reencuentro*, UAM, Xochimilco, n.048:9-19.

O'Sullivan, T.; Hartley, J.; Saunders, D.; Montgomery, M.; Fiske, J. (1997) *Conceptos clave en comunicación y estudios culturales*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.

Rincón, C. C. A., "*La significación*", consultado el 3 de abril, 2012 en <http://docencia.udea.edu.co/comunicaciones/bajopalabra/capitulos/Unid>

ad2LaSignificacion.PDFS/A *El estilo de comunicación como dimensión de la Competencia Comunicativa*. Consultado el 25 de septiembre de 2011 en: <http://www.monografias.com/trabajos13/comco/comco.shtml>.

Chafe, A. (1966) *Introducción a la semántica*, México, Fondo de cultura Económica.

Valdés, R. C. s/f. *Comunicación profesional en la formación de carreras universitarias*. Consultado el 25 de septiembre de 2011, en: <http://www.docentesinnovadores.net/uncontenido.asp?id=2777>.

Bonche, J., Tripón, A.(2001) *Piaget-Vygotsky: La génesis social del pensamiento*. Buenos Aires, Paidós.

Vygotsky, L. S. (1995) *Pensamiento y Lenguaje. Teoría del desarrollo cultural de las funciones psíquicas*. Buenos Aires, Argentina, Fausto, 1995.

Zaldívar, P.D. (s/f) *Competencias Comunicativas y relaciones interpersonales*. Consultado el 25 de octubre de 2011, en: <http://www.pdcorynthia.sld.cu/Documentos/articulos/Competencias%20comunicativas%20y%20relaciones%20interpersonales.htm>.E

Zarzar, CH. C. (1983) "*Diseño de estrategias para el aprendizaje grupal, una experiencia de trabajo*". Perfiles Educativos, CESU, UNAM. N.1 (20): 34-46.

ANEXOS

ANEXO 1



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN



El instrumento permite hacer el diagnóstico de las Habilidades Clínicas y su nivel de logro de los alumnos que hayan cursado la asignatura de Fundamentos de Enfermería II de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia, ubicada en el tercer semestre de la carrera, por lo que se aplicará esta encuesta a estudiantes de Enfermería del cuarto semestre, quienes tienen la experiencia inmediata anterior.

El instrumento se compone de 50 Habilidades clínicas, en una escala tipo likert, las cuales tienen correspondencia con el programa académico, están planteadas como actividades en primera persona, en una escala del 1 al 5 y corresponden a indicadores que van en orden creciente de elemental a experto.

Tabla 1 Escala de indicadores

Elemental	Principiante	Desempeño medio	Desempeño alto	Experto
1	2	3	4	5

Definición de los indicadores:

1.- Elemental. Se refiere a aquellas habilidades que las realicé en el laboratorio de enseñanza clínica con apoyo y dirección de la (el) profesora (or)

2.- Principiante. Se ubican aquí las habilidades que realicé en el campo de práctica clínica con apoyo de un profesional, con imprecisiones en la realización del cuidado.

3.-Desempeño medio. Se consideran aquellas habilidades que teniendo el conocimiento existió alguna imprecisión en el cuidado pero se logró el objetivo y las realicé con el apoyo de un profesional.

4.-Desempeño alto. Se considera la realización de la habilidad sin la ayuda de un profesional y logré los objetivos pero considero que requiero repetirla.

5.- Experto. Es el nivel de mayor dominio de la habilidad clínica, realizada con autonomía y precisión, me baso en principios y soy capaz de enseñar a otros.

Clasificación de las habilidades clínicas.

Las habilidades clínicas para el cuidado, se refieren a aquellas capacidades integrales que se desarrollan durante el proceso de formación y se construyen a partir de las experiencias significativas que ocurren en la interacción (las) estudiantes con la persona cuidada en escenarios de la práctica real. Y que para fines de la investigación se

han agrupado de acuerdo al programa académico en cognitivas, de comunicación e interacción y tecnológicas.

Tabla 2. Distribución de los ítems por habilidad.

HABILIDADES CLÍNICAS	NÚMERO
I.-Cognitivas	22 ítems.
II.-Comunicación e interacción	11 ítems
III.-Tecnológicas	17 ítems
Total:	50 ítems

Descripción de las habilidades.

Grupo I. Habilidades cognitivas: Implica la comprensión de la persona que se cuida, sus necesidades, fortalezas, debilidades y lo que refuerza su bienestar. Incluye reconocer las propias fortalezas y limitaciones. Se ubican también las que implican un razonamiento clínico, análisis crítico y discernimiento para la toma de decisiones. Se determina en 22 ítems, Incluyen los ítems : 5,6,7,8,9,10, 11,12,13.14.15.16.17, 18, 19, 31, 40, 41, 43, Por cada ítem se gradúa la escala de likert de 1 a 5.

GRUPO II: Habilidades de comunicación e interacción: Implican las habilidades donde se hace uso del lenguaje oral, escrito, mímico,

corporal con fines de valoración clínica, diagnóstica y apoyo emocional, además de la comprensión de las necesidades y sus respuestas de la persona cuidada y los significados que le subyacen; considerando las diferencias y coincidencias personales y el respeto a la diferencia. Implica también las habilidades de registro en la documentación de enfermería. Se agrupan en esta categoría 11 ítems. Los cuales corresponden a los siguientes: 1, 2, 3, 37, 38, 39, 42, 44, 45, 46, y 47.

GRUPO III: Habilidades tecnológicas: Estas habilidades tienen una ubicación en los cuidados del mantenimiento de la vida y los de curación, (Collière: 1999) están dirigidas al uso de algún instrumento, equipo, material o el propio cuerpo de la profesional de enfermería.

Se relacionan con alguna de las etapas del proceso de enfermería, predominando en la etapa de ejecución del plan de cuidados. Se agrupan en esta categoría 17 ítems. Los cuales corresponden a los siguientes: 4, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35 y 36.

Validez de contenido. Esta fue establecida por evaluación de expertos del área, los cuales analizaron el instrumento en relación a su contenido y su correspondencia con el nivel de formación.

La validez del constructo se constituye por la correlación con el programa académico del Fundamentos de Enfermería I y II y con la discriminación entre profesoras de enfermería del área de fundamentos y estudiantes de enfermería de semestres avanzados.

La validación estadística se realizará a través del análisis del instrumento y de los resultados con el programa SPSS versión 10.

Metodología.

La prueba consiste en una encuesta que contiene 50 habilidades clínicas, con una escala tipo Likert autoadministrada. En una población de 506 estudiantes del 4° semestre, regulares que cursaron la asignatura de Fundamentos de Enfermería II en el turno matutino en el semestre próximo pasado y que están en posibilidades idóneas para evaluar su capacidad de logro en las habilidades clínicas, sin que intervengan variables de calificación o de sensibilidad con sus profesoras.

La muestra es por conglomerados con grupos constituidos previamente, donde la población total de estudiantes de ese semestre a: 506 alumnos inscritos de los cuales 75 corresponden al 15 %, de manera que permita identificar: cuáles y de qué tipo son las habilidades clínicas que se han logrado y cuáles no y en qué nivel de logro. Así mismo permitirá plantear estrategias de tutoría que hagan énfasis en ellas y se puedan atender las debilidades a través de la tutoría clínica en la intervención educativa posterior.

Se aplicó una prueba piloto a dos grupos con las características antes descritas con el objeto de validar el instrumento, se observaron algunas confusiones en la descripción de los niveles de desempeño, modificándose y categorizándose de la siguiente manera: sin desempeño, principiante, desempeño medio, desempeño alto y experto.

ANEXO 2

Programa de la asignatura	FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II
Clave	1303
Valor	20 CRÉDITOS
Ubicación	3er. SEMESTRE
Duración	240 HRS. (80 teoría y 160 práctica)
Carácter de la asignatura	OBLIGATORIA
Tipo de la asignatura	TEÓRICO-PRÁCTICA
Área de pertenencia	ENFERMERÍA Y SALUD EN MÉXICO
Asignatura antecedente obligatoria	FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA I.

Esta asignatura es continuación de la materia de Fundamentos de Enfermería I aborda de manera introductoria los aspectos conceptuales y metodológicos, pero profundiza en los aspectos tecnológicos para el cuidado de Enfermería. Inicia al alumno en el aprendizaje de los procedimientos que contribuirán a la satisfacción de las necesidades del paciente en el hospital, con proyección a su hogar.

OBJETIVO GENERAL

Con base en la conceptualización, la metodología y la tecnología de enfermería desarrollar habilidades en el cuidado de la persona en el hospital y la continuación en el hogar.

UNIDAD I.- TEORÍA Y MÉTODO DE ENFERMERÍA. (10 horas)

Se abordan los aspectos conceptuales relacionados con el cuidado a la persona con base en el proceso de Enfermería.

Objetivo

Sistematizar el cuidado de Enfermería a través de la aplicación de una metodología propia en beneficio de la persona.

Contenido

- 1.1 Metaparadigma.
- 1.2 Proceso de Enfermería.
- 1.3 Tecnologías de Enfermería.

UNIDAD II.- TECNOLOGÍAS PREVENTIVAS: ASEPSIA. (30 horas)

En esta unidad se abordan los aspectos conceptuales, las normas y procedimientos de la asepsia médica para impedir la diseminación de los microorganismos patógenos, así como las medidas estándar de protección en las acciones propias del cuidado de enfermería.

Objetivo

Aplicar los conocimientos teórico-prácticos de la asepsia y antisepsia para brindar el cuidado de enfermería.

Contenido

- 2.1 Estructura conceptual de la asepsia y antisepsia: Conceptos, Objetivos, Principios, Normas y Clasificación.
- 2.2 Central de equipos y esterilización: concepto, objetivo y áreas.
- 2.3 Procesos de control y destrucción de poblaciones microbianas.
 - 2.3.1 Sanitización.
 - 2.3.2 Desinfección.
 - 2.3.3 Esterilización.
 - 2.3.4 Procedimientos de Asepsia y Antisepsia.
 - Preparación de material, equipo y ropa.
 - Desinfección de equipo y utilización de pinza de traslado
 - Manejo de autoclave.
 - Precauciones estándar para el control de infecciones .
 - a) Uso de gorro y cubrebocas.
 - b) Lavado de manos.
 - c) Uso de guantes.
 - d) Manejo de residuos biológicos.
 - e) Tipo de aislamiento (estricto, vía aérea y gota, protector y por contacto).

UNIDAD III.- TECNOLOGÍAS PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA. (30 horas)

Se abordan diversas tecnologías a fin de valerse de ellas con conocimiento, arte y creatividad en el proceso de cuidado de la persona.

Objetivo

Aplicar las tecnologías de Enfermería, atendiendo las necesidades de la persona y con base en el Proceso de Enfermería.

Contenido

- 3.1 De información.
 - 3.1.1 Ingreso hospitalario, ambiente terapéutico.
 - 3.1.2 Transferencia.
 - 3.1.3 Egreso hospitalario: Plan de alta.
 - 3.1.4 Expediente clínico.
 - 3.1.4.1 Registros de enfermería en el expediente.
- 3.2 Habituales para mantener la salud.
 - 3.2.1 Higiene.
 - 3.2.2 Movilidad del paciente y atención a las necesidades de higiene.
 - 3.2.3 Alimentación: oral, enteral y parenteral.
 - 3.2.4 Eliminación: urinaria e intestinal.
 - 3.2.5 Descanso y sueño.
- 3.3 De restauración de la salud.
- 3.4 Aplicación de medicamentos: concepto, vías de suministro: oral, parenteral, intramuscular e intravenosa, intradérmica, subcutánea, ocular, óptica, tópica, sublingual y mucosa.

- 3.5 Venopunciones.
- 3.6 Manejo de hemoderivados.
- 3.7 Aplicación de calor y frío.
- 3.8 Suministro de oxígeno.
- 3.9 Cuidados de heridas.
- 3.10 Vendajes.
- 4.1 Tecnologías para la etapa terminal. Paciente grave y agónico.
- 4.2 Reacciones ante la muerte.
- 4.3 Duelo y sus etapas.
- 4.4 Cuidados al cadáver.

METODOLOGÍA DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE

- El proceso de enfermería será el eje de enseñanza para el desarrollo teórico y práctico de los procedimientos del cuidado a la persona, dicho proceso será asesorado y retroalimentado por el docente a través del uso de estrategias que favorezcan la enseñanza-aprendizaje, tales como: el acuerdo entre docente y alumno sobre las referencias bibliográficas que posibiliten a éstos participar críticamente en el análisis y discusión de los temas abordados, a través de mesas de discusión o guías de análisis que orienten el aprendizaje.
- Se sugieren tres momentos en la enseñanza: el de apertura en donde el docente y/o alumno recuperarán la información teórica fundamental; el desarrollo, en donde ambos realizarán el procedimiento (intercambiando roles de paciente, ejecutor y observador) y el de síntesis, que permite la reconstrucción de procedimientos a través de la vinculación entre la teoría y la práctica de laboratorio, así como la transferencia a diversas situaciones.

CRITERIOS DE ACREDITACIÓN

- Aplicación del proceso de enfermería en el cuidado de la persona
- Aportaciones activas y de calidad del alumno que evidencien el aprendizaje al socializar el conocimiento.
- Exámenes que evidencien la comprensión de los conceptos básicos adquiridos en el curso, así como la fundamentación teórica de los procedimientos de enfermería
- Elaboración de un trabajo escrito, tipo ensayo que permita la traspolación de los conocimientos adquiridos y el desarrollo de la creatividad.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- ALFARO, Rosalinda, *Aplicación del Proceso de Enfermería: guía práctica*, Barcelona, Ed. Doyma, 1988.
- ARCHUNDIA GARCIA, Abel, *Educación Quirúrgica*, México, Méndez Ed., 1995, p. 423.
- COLLIÉRE, Françoise Marie, *Promover la Vida*, España, Ed. Mc-Graw-Hill, 1997.
- CHRISTENSEN, P.J., Keney W.J., *Nursing Proces: Application of conceptual Modelos*, 3a ed. St. Louis Missouri, Ed. Mosby, 1990.
- NORMA OFICIAL MEXICANA SOBRE EL MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS. NOM-087-ECOL-, 1995.
- ROSALES BARRERA, Susana y REYES GOMEZ, Eva, *Fundamentos de Enfermería*, México, Ed. Manual Moderno, 1991.
- SERVÍN RUIZ, Graciela, *Enfermería en Infectología*, Ed. Prado México, 1988, 100 p.
- SMITH, Sandra. F. DUELL. Donna J., *Enfermería Básica y Clínica*, México, Ed. Manual Moderno, 1996.
- KING, WIECK, Lynn y DYER, Marilyn, *Técnicas de Enfermería*, 3a. ed. México, Ed. Interamericana-Mc-Graw-Hill, 1988.
- KOZIER, Bárbara, *etal.*, *Enfermería Fundamental*. 6 Tomos., México, Edit. Mc-Graw-Hill Interamericana, 1994.
- _____, *Enfermería Fundamental: Conceptos. Procesos y Práctica*, México, Ed. Mc-Graw-Hill-Interamericana, 1993.
- WOLF, Lewis, LUVERNE y KUHN TIMBY, Bárbara., 4ª. ed., *Fundamentos de Enfermería*. México, Ed. Harla, 1992.
- WOLF, Lewis, *Enfermería Moderna*. México, Edit. Harla, 1992.
- _____, *Fundamentos de Enfermería*, 4ª. ed., México, Ed. Harla, 1992.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- ATKINSON, Leslie, *Proceso de Atención de Enfermería*, 5ª ed., México, Edit. Mc Graw-Hill Interamericana, 1996.
- CARPENITO, Lynda Juall, *Manual de Diagnóstico de Enfermería*, España, Edit. Mc Graw-Hill Interamericana, 1993, p. 587.
- IYER, Patricia W., *etal.*, *Proceso de Diagnóstico de Enfermería*. 3ª. ed., México, Mc Graw-Hill Interamericana, 1997, 444 p.
- OCHOA, Severo, *Manual de Técnicas y Procedimientos de Enfermería*, España, Edit. Mc-Graw-Hill-Interamericana, 1994.
- PHANEUF, Margot, *Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería: Orientación para el Diagnóstico de Enfermería*, España, Edit. Mc Graw-Hill-Interamericana, 1993, 227 p.
- PONCE DE LEÓN, R. Samuel, *etal.*, *Manual de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias*. 2a. ed., México, Edit. Glaxo Wellcome S.S. INNSZ, 1998, 162 p.
- RIOPELE, Lise, *Cuidados de Enfermería. Un Proceso Centrado en las Necesidades de la Persona*. España, Edit. Mc-Graw-Hill-Interamericana 1993.
- ROSALES, BARRERA, Susana y REYES, GÓMEZ, Eva, *Fundamentos de Enfermería*, México, Edit. Manual Moderno, 1991.

PROGRAMA DE PRÁCTICAS DE LA ASIGNATURA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II

La práctica inicia al estudiante en la aplicación del Proceso de Enfermería para el fomento, protección específica, conservación y restauración de la salud de las personas. Se atenderán las necesidades básicas de las personas en el hospital mediante la ejecución de las tecnologías en el contexto de una metodología del cuidado de enfermería. Las profesoras enfermeras orientarán la práctica, con especial énfasis en la ejecución de las tecnologías de enfermería, el empleo creativo de los equipos y materiales, la fundamentación teórica, y la enseñanza planeada e incidental en casos poco frecuentes, las cuales se apoyarán en sesiones y en el empleo de otros recursos didácticos.

La práctica se efectuará en hospitales generales donde se utilizarán los servicios de Central de Equipos y Esterilización, Medicina interna y Cirugía, generalmente.

OBJETIVO

Con base en el Proceso de Enfermería dirigido a la persona se derivarán los cuidados de enfermería para el fomento, la restauración y la protección específica de salud.

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

- Aplicar los elementos teóricos conceptuales del Proceso de Enfermería y las correspondientes tecnologías para el cuidado de la persona.

METODOLOGÍA

- Para el desarrollo de este programa se sugiere la selección de estrategias didácticas que posibiliten a los alumnos intercambiar experiencias vividas en los diferentes ámbitos, con el fin de analizar y reflexionar sobre su actuación para ser reconsiderados posteriormente por el docente y el grupo. Se relacionarán y generalizarán los contenidos teóricos en diversas situaciones prácticas y reformulaciones en sus propios términos.
- Crear condiciones que posibiliten la aplicación de los contenidos aprendidos en la solución de problemas reales (casos clínicos) y/o convencionales.

CRITERIOS DE ACREDITACIÓN

- Evidenciar la aplicación del Proceso de Enfermería en el cuidado a la persona en situaciones reales mediante un instrumento de evaluación previamente elaborado y analizado por la academia.
- Manifestar interés, iniciativa y creatividad en el desarrollo de la práctica.
- Evaluar las acciones de educación para la salud en la implementación del plan de alta en el cuidado a la persona en el hogar.

ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES
ESCALA DE VALORACIÓN DE HABILIDADES CLÍNICAS



Campo de práctica clínica de FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II. _____

Grupo actual _____ **Fecha** _____

Objetivo: Valorar el nivel de dominio de las habilidades clínicas de Fundamentos de Enfermería II, con la finalidad de diseñar un modelo de tutoría clínica que incida en el aprendizaje de los alumnos de enfermería.

Instrucciones: Lea las siguientes habilidades clínicas de la asignatura de Fundamentos de Enfermería II. Marque con una "X" el nivel de logro alcanzado en una escala del 1 al 5, de menor a mayor expertés.

Centra tu atención en la experiencia de la práctica.

INDICADORES:

1.- *Sin desempeño.* Se refiere a aquellas habilidades que las realicé en el laboratorio de enseñanza clínica con apoyo y dirección de la (el) profesora (or), pero que en la práctica no las realicé.

2.- *Principiante.* Se ubican aquí las habilidades que realicé en la práctica clínica sin tener una experiencia previa con apoyo de un profesional de enfermería, con imprecisiones en la realización del cuidado.

3.- *Desempeño medio.* Son aquellas habilidades que ya he realizado antes, poseo el conocimiento teórico al respecto, se logró el objetivo y las realicé con el apoyo de un profesional sin embargo existió alguna imprecisión en el cuidado y me centré más en las situaciones de enfermedad.

4.-*Desempeño alto*. Realicé la actividad, imitando las acciones de las y los profesionales de enfermería, no requerí ayuda, poseo conocimientos previos al respecto, logré los objetivos.

5.- *Experto*. Es el nivel de mayor dominio de la habilidad clínica, realizada con autonomía y precisión, me baso en principios y soy capaz de enseñar a otros, puedo reconocer las necesidades de la persona que cuido.

HABILIDADES CLÍNICAS

HABILIDADES	NIVEL DE LOGRO				
	SIN DESEMPEÑO	PRINCIPIANTE	DESEMPEÑO MEDIO	DESEMPEÑO ALTO	EXPERTO
1. Establezco comunicación terapéutica con la persona.					
2. Registro y control de signos vitales.					
3. Elaboro registros de enfermería.					
4. Exploro a la persona de forma cefalo caudal.					
5. Observo clínicamente					
6. Identifico las necesidades humanas.					
7. Distingo los datos objetivos y subjetivos en la valoración.					
8. Valoro las necesidades psicosociales					
9. Valoro la necesidad espiritual.					
10. Valoro el estado de conciencia.					
11. Distingo parámetros normales de anormales en la valoración de la salud.					
12. Valoro las necesidades básicas.					
13. Analizo los datos objetivos y subjetivos					
14. Defino los diagnósticos reales					
15. Defino los diagnósticos de salud.					
16. Defino los Dx de riesgo.					

HABILIDADES	NIVEL DE LOGRO				
	SIN DESEMPEÑO	PRINCIPIANTE	DESEMPEÑO MEDIO	DESEMPEÑO ALTO	EXPERTO
17. Planeo los cuidados con base en los Dx.					
18. Identifico los riesgos del entorno hospitalario.					
19. Respeto los principios ético-profesionales					
20. Llevo a cabo cuidados de higiene personal					
21. Realizo cuidados en la eliminación vesical.					
22. Ejecuto cuidados en la eliminación intestinal.					
23. Implemento cuidados alimentarios.					
24. Aplico los principios de asepsia y antisepsia.					
25. Realizo técnicas de sanitización.					
26. Llevo a cabo procedimientos de esterilización.					
27. Realizo los procedimientos de movilización y protección de la piel.					
28. Aplico vendajes.					
29. Proporciono cuidados de las heridas.					
30. Administro medicamentos parenterales y orales					
31. Utilizo las reglas básicas para la dosificación de medicamentos					
32. Llevo a cabo el control de residuos biológicos infecciosos.					

HABILIDADES	NIVEL DE LOGRO				
	SIN DESEMPEÑO	PRINCIPIANTE	DESEMPEÑO MEDIO	DESEMPEÑO ALTO	EXPERTO
33. Aplico procedimientos de oxigenación.					
34. Administro venoclisis.					
35. Utilizo los procedimientos de la mecánica corporal.					
36. Determino las posiciones anatómicas y terapéuticas a la persona.					
37. Realizo acciones de educación para la salud					
38. Intervengo en los cuidados terapéuticos.					
39. Llevo a cabo técnicas de relajación.					
40. Identifico el sufrimiento emocional.					
41. Identifico las alteraciones del sueño.					
42. Aplico técnicas de escucha.					
43. Identifico Sentimientos de culpabilidad, frustración o ansiedad en la persona.					
44. Ofrezco cuidados ante el dolor.					
45. realizo cuidados ante el duelo.					
46. Asisto a la persona y su familia ante la muerte.					
47. Llevo a cabo cuidados ante la soledad y el abandono.					
48. Evalúo el impacto del cuidado					
49. Evalúo la aplicación del proceso de enfermería.					
50. Conozco los indicadores del cuidado de Enfermería.					

Se me informó y autorizo la utilización del contenido de esta encuesta conforme a los principios Éticos de la investigación:

Firma_____