



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**EXPERIENCIAS DE LOS PASANTES DE ENFERMERÍA, EN EL PROCESO DE
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS CLÍNICOS.**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA

(ORIENTACIÓN: EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA)

PRESENTA

GRACIELA MÁRQUEZ MARTÍNEZ

(BECARIA CONACYT 2013-2015)

(PROYECTO PAPIIT IN302614)

TUTORA PRINCIPAL DE TESIS: DRA. LAURA MORÁN PEÑA
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA UNAM

COTUTORA DE TESIS: DRA. SOFÍA ELENA PÉREZ ZUMANO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA UNAM

MÉXICO, D. F. ABRIL DE 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

DR. ISIDRO ÁVILA MARTÍNEZ
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día **22 de enero del 2016**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Educación en Enfermería) de la alumna **GRACIELA MÁRQUEZ MARTÍNEZ** con número de cuenta **514003610**, con la tesis titulada:

"EXPERIENCIA DE LOS PASANTES DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS CLÍNICOS."

bajo la dirección de la Doctora Laura Morán Peña

Presidente : Doctor Marco Antonio Cardoso Gómez
Vocal : Doctora Laura Morán Peña
Secretario : Doctora María de los Ángeles Godínez Rodríguez
Suplente : Doctora Sofía Elena Pérez Zumano
Suplente : Doctor Juan Pineda Olvera

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Cdad. Universitaria Cd. Mx., a 29 de marzo del 2016.

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA

C.c.p. Expediente del interesado

COORDINACIÓN DEL POSGRADO
DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

JEG-F6

AGRADECIMIENTOS

A un **Ser Superior**, por permitirme vivir y concluir una etapa más en mi vida profesional.

A la **Universidad Nacional Autónoma de México**, en convenio con nuestra máxima casa de estudios, la **Universidad Autónoma de Sinaloa**, por darme la oportunidad de cursar la Maestría en Enfermería, y escalar un paso más en nuestra profesión de Enfermería.

A **CONACYT**, por el otorgamiento de beca de estudios, durante el desarrollo de la Maestría en Enfermería.

Al **PAPIIT IN302614**, como parte del proyecto denominado, “Resolución de problemas y toma de decisiones clínicas en egresados de Enfermería. La perspectiva de la práctica reflexiva” del cual, aún sin ser becaria del mismo, recibí asesoría experta y esmerada retroalimentación por parte de la **responsable del proyecto, Dra. Laura Morán Peña**.

A la **Escuela Superior de Enfermería** y a su **Directora, DRA. PATRICIA DE LOURDES RETAMOZA**, por el apoyo incondicional para la realización de la Maestría.

A LA DRA. ROSA ARMIDA VERDUGO QUINTERO, DRA. GRACIELA HERNÁNDEZ Y MTRA. ROSA MARÍA OSTIGUÍN MELÉNDEZ

Directora de la Escuela Superior de Enfermería Culiacán, Coordinadora de Investigación y Posgrado de la Escuela Superior de Enfermería Culiacán y Coordinadora del Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM, respectivamente, iniciadoras de la Gestión del Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM, con sede externa en la ESEC, de la UAS, de la Cd. De Culiacán Sinaloa, por contribuir a que este proyecto de Maestría se cristalizara.

A LA DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ

Coordinadora del Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM, por su apoyo incondicional y su tenacidad para que cada una de nosotros concluyera la Maestría.

A LA DRA. SERVANDA ZAZUETA ZAZUETA

Coordinadora del Programa de Maestría en Enfermería, de la Escuela Superior de Enfermería Culiacán, por su tenacidad para que cada una de nosotros concluyera la Maestría.

A LA DRA. LAURA MORÁN PEÑA

Tutora principal de tesis, por acompañarme en este proyecto, por su paciencia, comprensión, experiencia, conocimientos y por las muchas horas invertidas en la tutoría continua y oportuna para la elaboración de la tesis.

A LA DRA. SOFÍA ELENA PÉREZ ZUMANO

Cotutora de tesis, por acompañarme en este proyecto, por su comprensión, experiencia y conocimientos en la tutoría continua y oportuna para la elaboración de la tesis.

A TODOS MIS MAESTROS

Por sus excelentes aportaciones en mi formación profesional, por compartir conmigo sus conocimientos y experiencia y el valor de la interdisciplinariedad.

AL PERSONAL ADMINISTRATIVO LIC. GEMA STIKER MÚGICA; SECRETARIA TÉCNICA DEL POSGRADO EN ENFERMERÍA DE LA UNAM Y C. TERESA GARIBAY; ENLACE ADMINISTRATIVO DEL POSGRADO.

Por el gran apoyo, ánimo y finas atenciones brindadas, durante el desarrollo de la Maestría.

A MIS COMPAÑERAS Y AMIGAS DE LA 12AVA. GENERACIÓN

Por todos los momentos vividos, que hicieron de esta Maestría una gran experiencia de vida.

A MIS GRANDES AMIGAS DE TODA UNA VIDA

Por su fraterno acompañamiento durante todo el desarrollo de la Maestría.

A MIS PARTICIPANTES

Mi más profundo agradecimiento a las pasantes de enfermería que participaron en esta investigación. Sin su voz, nada de esto hubiera sido posible. Gracias por confiar en mí y compartirme sus experiencias.

RECONOCIMIENTO

Mi reconocimiento y agradecimiento a mi querida Tutora principal de Tesis de Maestría, **Dra. Laura Morán Peña**, por haber contribuido a que mi proceso sobre las “Experiencias de los pasantes de enfermería, en el proceso de resolución de problemas clínicos”, título de mi tesis, haya sido de un gran significado personal y profesional. Mi admiración a su persona y mi reconocimiento por siempre.

DEDICATORIA

A mis **padres José y Cipriana**, por su gran amor, apoyo y comprensión para alcanzar mis metas durante mi formación de Maestría, en especial a mi **papá José**, por prescindir de mi presencia en sus situaciones críticas de salud.

A mis **hermanas María Guadalupe y Maribel** y **mi hermano Horacio** en la distancia, por su apoyo y comprensión para alcanzar mis metas durante mi formación de Maestría, y sustituirme en mi responsabilidad de hija.

A mis **sobrinos Geovani, Guadalupe, Edgar Stive, Erik Horacio y José Isaac**, por su gran amor y apoyo incondicional.

A mi **esposo Simón**, compañero de toda una vida, por su gran amor, apoyo incondicional, paciencia y acompañamiento en mi devenir por la Maestría, con sabias palabras de aliento dignas de un gran filósofo, en mis momentos de mayor declive emocional personal y académico.

A mis **hijos Graciela y Osmín**, por su gran amor, apoyo incondicional y gran preocupación al observarme largas noches y días frente a la computadora y lo que ellos llamaron “descuido hacia su padre”, por mis constantes ausencias físicas, pero al final su sensible comprensión.

A mi **nuera Brenda y mi hijo Osmín**, quienes con el **nacimiento de su hijo, mi nietecito Ádam Josué**, durante el desarrollo de la Maestría, vinieron a darme una de las mayores alegrías de mi vida y la motivación necesaria para concluirla.

No quisiera dejar a nadie fuera de estos agradecimientos, reconocimientos y dedicatoria, aunque soy consciente de que me es prácticamente imposible nombrar a toda **mi familia** y tantas **personas que me acompañaron** durante el desarrollo de la Maestría. Para todas ellas, mi cariño y mi más sincero agradecimiento.

ÍNDICE

Resumen	8
I. Descripción del fenómeno	2
II. Revisión del estado del arte	4
III. Planteamiento del problema	8
3.1 Importancia del estudio	12
3.2 Propósito de la investigación.....	13
3.3 Objetivos	13
3.3.1 Objetivo general.....	13
3.3.2 Objetivos específicos	13
3.4 Pregunta de Investigación.....	14
3.5 Marco Teórico Conceptual	14
3.5.1 Modelo de Donald Schön. Epistemología de la práctica reflexiva.....	16
3.5.2 Filosofía de Patricia Benner. Modelo de Dreyfus: niveles y adquisición y desarrollo de habilidades.....	26
3.5.3 Teoría de Transiciones de Meleis	27
3.5.4 Cuidado, proceso de cuidado y práctica reflexiva del cuidado	30
IV. Metodología	33
4.1 Diseño	33
4.2 Contexto.....	37
4.3 Participantes	38
4.4 Técnicas de recogida de información.....	39
4.5 Análisis de datos	40
4.6 Rigor metodológico.	40
4.7 Temporalización.....	42
4.8 Consideraciones éticas del estudio.....	42
4.9 Recolección y análisis de datos	44
V. Resultados y Discusión.....	47
VI. Conclusiones	99
6.1 Aportaciones	103
6.1.1 Aportaciones a la disciplina	103
6.1.2 Aportaciones a la práctica.....	103

6.1.3 Aportaciones a la investigación.....	104
6.1.4 Aportaciones a las políticas públicas	104
VII. Recomendaciones	104
Bibliografía	106
Anexos	
Anexo 1. Guía de entrevista.....	113
Anexo 2. Carta de consentimiento informado.....	114
Anexo 3. Autorización ESEC UAS.....	115
Anexo 4. Autorización HPS.....	117
Anexo 5. Cuadro de Frecuencias.....	120

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue comprender las experiencias de las pasantes de enfermería en el proceso de resolución de problemas clínicos, a través de su descripción e interpretación. Estudio cualitativo, descriptivo e interpretativo, que utilizó el método fenomenológico, a través de entrevista semiestructurada a profundidad a ocho pasantes de enfermería asignadas a un Hospital de Sinaloa, México. La selección de participantes fue intencional hasta la saturación teórica y con consentimiento informado. Se utilizó análisis de contenido tipo temático de acuerdo a Souza Minayo, del que emergieron tres categorías: resolver problemas, un arte profesional; discrepancia entre currículum formal y currículum vivido y vivir la transición. Estas categorías definen y dan significado al proceso de resolución de problemas clínicos y de la experiencia vivida por las pasantes de enfermería en su servicio social, desde sus discursos.

La primera categoría, se refiere al proceso mediante el cual resolvieron las situaciones de cuidado que se les presentaron cotidianamente en el ejercicio de su pasantía, hacia la persona sujeto de cuidado, en la mayoría de los casos con incertidumbre y ambigüedad, en la que no se percibió la incorporación de una práctica reflexiva del cuidado en el desarrollo de su servicio social, salvo al final del mismo, un incipiente arte para la resolución de problemas clínicos, conforme habían adquirido el saber práctico, la experiencia y reflexividad, a través de sus vivencias en los diferentes servicios de la Institución de salud.

La segunda describe la forma en la que aprendieron los saberes teóricos en la Escuela de Enfermería (currículum formal), así como el currículum vivido asociado a la práctica profesional, además de las habilidades y destrezas que adquirieron en el ámbito hospitalario y que vivenciaron durante su servicio social, pero que denotaron estar en discrepancia.

Y la tercera, narra la experiencia de vivir la transición de estudiante a profesionalista de enfermería, además de las condiciones que favorecieron que ésta fuera saludable y aquellas que la inhibieron, así como lo que permitió u obstaculizó en su momento el proceso de resolución de problemas clínicos, pero sin embargo al paso del tiempo en el desarrollo de su servicio social, sobre todo al final del mismo, se sintieron más seguras y capaces de resolver los problemas clínicos que se les presentaron, tal como lo manifestaron en sus discursos.

I. Descripción del fenómeno

Uno de los principales retos de las universidades del presente siglo es la formación de profesionales capaces de resolver los problemas a los que se enfrentan cotidianamente en su ejercicio profesional, que los conduzcan a tomar decisiones independientes, mediante una práctica reflexiva del cuidado¹.

Así, puede afirmarse que el pensamiento reflexivo y crítico es fundamental para el desarrollo de cualquier profesión, lo que resulta esencial para enfermería², puesto que su educación tiene lugar en situaciones sociales de gran complejidad y ambigüedad que no pueden resolverse por la mera aplicación de conocimientos científicos, ya que el mundo de la enseñanza es demasiado fluido y reflexivo para permitir tal sistematización¹.

Además, la manera de situarse ante la práctica profesional, alejada de la racionalidad instrumental que caracteriza la práctica enfermera tradicional, deberá impregnar la formación de los alumnos de enfermería para promover el cambio y la transformación de la acción de cuidar³.

En el Plan de estudios de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Sinaloa, se contempla en el perfil de egreso que se debe desarrollar la competencia de resolver problemas propios del cuidado con

sentido crítico, para que el egresado ofrezca una práctica profesional reflexiva que impacte su calidad.

Sin embargo en la evaluación interna del currículo⁴, se identificó que el egresado no responde al perfil laboral establecido.

El interés profesional en la presente investigación, se origina en mi experiencia como docente clínica de la Escuela Superior de Enfermería Culiacán, dónde a través del contacto directo y continuo con los alumnos, en el desarrollo de las diferentes prácticas clínicas en las instituciones de salud, he observado que la gran mayoría de ellos, no incorporan la reflexión crítica en su práctica profesional, por ejemplo en la toma de signos vitales, caso concreto la toma de temperatura, realizan el procedimiento en forma técnica y rutinaria y si algún paciente presenta una hipotermia de 35.5°C, o una hipertermia de 38.5 °C, no reflexionan sobre las complicaciones que esas cifras de temperatura pueden ocasionar al paciente, si no se proporciona el cuidado inmediato correspondiente, y en muchos de los casos sólo se concretan a registrar esas cifras en la hoja de enfermería, lo que origina cuidados de enfermería rutinarios, basados en una práctica tradicional técnica y no en una práctica reflexiva del cuidado.

Lo anterior es la base fundamental, por la cual deseo identificar, describir, e interpretar las experiencias que viven los pasantes de enfermería en el proceso de resolución de problemas clínicos, desde sus propios discursos, que permitan detectar si incorporan o no en su ejercicio profesional la práctica reflexiva del cuidado, para comprender con mayor profundidad las experiencias que tienen durante esa etapa de transición en particular, de cuyos resultados se integre una nueva Epistemología de la práctica educativa, donde se promueva que el profesional de enfermería, sea un profesionista reflexivo, crítico y analítico de su práctica profesional, para transformarla plenamente en el otorgamiento de un cuidado holístico, desde el punto de vista ético, moral y social.

II. Revisión del estado del arte

A continuación se presentan los datos más relevantes y de interés para el proyecto.

Se realizó una revisión de la literatura, en la que se encontró, que a nivel internacional y nacional existen varias investigaciones que indagan respecto a las experiencias, vivencias y percepciones de los egresados en relación al perfil de egreso y algunas sobre la resolución de problemas clínicos, sin embargo, específicamente sobre la interrelación de los dos constructos (experiencias de pasantes y resolución de problemas clínicos) hacen falta investigaciones que aporten a la Disciplina de Enfermería el conocimiento sobre esa temática, que permita la identificación y la comprensión del desarrollo formativo durante la etapa de transición de los egresados de enfermería y la forma en que están resolviendo los problemas clínicos que se les presentan durante la misma⁵.

Pedroso et al⁶, en Brasil, realizaron una investigación sobre el proceso de formación e inserción en el mercado de trabajo y la visión de los egresados de enfermería, planteándose como objetivo el de analizar la percepción de los egresados graduados de enfermería, sobre la contribución del proceso de formación e inserción al mercado de trabajo. Estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, en el cual se encuestó a 15 graduados, entre 2009-2010, en una Universidad Pública de Brasil, teniendo como criterio de exclusión no estar inserto en el mercado laboral. Los datos se recopilaron a través de entrevistas semiestructuradas las cuales fueron grabadas, con una duración entre 13 a 42 min. No se realizó prueba piloto, para que no interfiriera con la recolección de los datos.

En los resultados, los egresados perciben que la formación de enfermería comprende los contenidos teóricos, que se reflejará en su actividad profesional, por lo que van a tener la capacidad de pensar críticamente y ofrecer una mejor atención. Entre las dificultades del proceso de formación para la inserción en el

mercado laboral, el principal aspecto mencionado por los graduados fue la discrepancia entre la realidad de un Hospital universitario (el campo principal de la práctica durante la graduación) y la realidad de otras instituciones, tanto públicas como privadas que posiblemente vendrá a ser el lugar de trabajo para los graduados. Esto se debe a que la diferencia de otras instituciones del Hospital universitario, cuenta con instalaciones para satisfacer los requisitos de una educación de alta calidad bien equipado.

En Chile se realizó una investigación, con la finalidad de comprender el significado de la experiencia de aprendizaje de transición del estudiante de enfermería, y el significado de sus expectativas del aprendizaje para su futura práctica profesional. Se utilizó la investigación cualitativa con un enfoque fenomenológico, previa autorización del comité de ética y consentimiento informado por parte de las participantes, se aplicaron entrevistas individuales a un total de diez enfermeras, a las que se había invitado a participar y las cuales participaron voluntariamente.

De los análisis de los datos y como resultados para una mejor comprensión de esta experiencia, emergieron cinco categorías: Asumir la responsabilidad del rol profesional; Sentirse reconocido en su desempeño profesional; Tener a la enfermera como guía en la transición; Sensibilizarse con el mundo de los pacientes; y Viéndose como enfermera y como persona. Y Finalmente, en la investigación cualitativa realizada, el abordaje fenomenológico proporcionó respuestas sobre el significado de la experiencia de aprendizaje del estudiante de enfermería en su etapa de transición, y mostró los significados de sus expectativas de aprendizaje para su futura práctica profesional⁵.

A su vez Kinsella⁷, en Canadá, en su investigación sobre el conocimiento profesional y la epistemología de la práctica reflexiva, en uno de sus objetivos se planteó dar respuesta a la falta de claridad conceptual que rodea la práctica reflexiva, para lo cual realizó un análisis de la epistemología de la práctica reflexiva, a través de un examen crítico de las influencias filosóficas dentro de la teoría.

Dicha investigación se basó el trabajo de Donald Schön y en los textos de cuatro filósofos : John Dewey, Nelson Goodman, Michael Polanyi , y Gilbert Ryle, cuyos resultados ofrecen una interpretación más profunda de la teoría de la práctica reflexiva, una comprensión de la filosofía y supuestos epistemológicos de la teoría y las importantes implicaciones para el trabajo académico y para la reflexión de la práctica de la enfermería, la salud y las profesiones de atención social y para el avance de las concepciones del conocimiento profesional por el bien del paciente, los profesionales y la sociedad.

Por su parte Bardallo³ en España, en su tesis doctoral, se planteó como objetivos, promover la reflexión sobre la práctica docente de enfermeras y enfermeros asistenciales que tutorizan estudiantes de enfermería en los centros de prácticas y explorar y analizar las razones que explicitan en sus discursos en relación con la enseñanza de sus prácticas a los futuros profesionales. En la metodología utilizó un enfoque cualitativo, método etnográfico, cuestionario sociodemográfico y un cuestionario exploratorio y como técnicas observación de campo y entrevista en profundidad, el tipo de selección de los participantes fue intencionado, no predeterminado, teórico y para el análisis de los datos utilizó el método de comparaciones constantes de Glaser y Strauss, obteniendo como resultados un total de 1819 unidades de significado y 41 categorías, de las que tienen mayor relación con la presente investigación se consideran: percepción del rol, contexto para cuidar y aprender, poder del experto, la tutora clínica como recurso de apoyo y acogida al estudiante, valoración de la formación práctica, valoración de la formación teórica, el cuidado ético.

En México, Contreras y Gutiérrez⁸, realizaron una tesis, en la cual se plantearon como objetivos: conocer cuál es el perfil profesional con el que egresa el Licenciado en Enfermería y Obstetricia para realizar su servicio social según el programa donde se ubique e identificar los aspectos teóricos-prácticos que no se enseñaron a lo largo de la carrera y la influencia que ello tiene para la realización del servicio social. En la metodología, utilizaron un diseño cuantitativo, transversal

y descriptivo, con una muestra aleatoria del 50% (82) de los pasantes de enfermería de cada uno de los programas del Plan de Estudios del año 1992, del ciclo de servicio social 97-98. La recolección de datos se realizó por medio de la aplicación de cuestionarios, con preguntas cerradas y abiertas. De las preguntas cerradas se realizó un análisis cuantitativo y de las preguntas abiertas se describieron los hallazgos colaterales cualitativos más relevantes por programas en relación a la opinión de los pasantes, con respecto a los conocimientos adquiridos y su congruencia con el Servicio Social.

Dentro de los resultados encontrados se identificó que el perfil con el que egresan los alumnos de la generación 94-97, que cursaron el plan de estudios de 1992 y su congruencia con el servicio social es en general bueno ya que este está bien estructurado, aunque es importante señalar que en la impartición de las materias existe demanda de conocimientos básicos, falta de dominio de la materia por parte de los profesores, así como la profundización y actualización de algunos contenidos, por ende se sugiere que los profesores se actualicen y sean evaluados según la materia que impartan para conocer y ampliar su preparación. En lo que respecta a los niveles y áreas donde se realiza el servicio social: En el primer nivel de atención existe una congruencia entre la formación que se adquiere y la realización del servicio social, aunque cabe mencionar que existe deficiencia de conocimientos por parte de los alumnos en materias básicas como: Fundamentos de Enfermería I y II, Atención a la Salud en México, Ecología y Farmacología. En el segundo y tercer nivel de atención, se detecta que existe falta de conocimiento y destreza, en el desempeño asistencial dentro del ámbito hospitalario, debido a que refieren no saber aplicar tratamientos y procedimientos de enfermería al inicio del servicio social, esto quizá se deba a la formación teórico-práctica recibida durante la carrera lo que no permitió adquirir la habilidad y destreza que se requiere al tener la responsabilidad directa de la atención al paciente sin la tutoría del docente.

También en nuestro país, Morán⁹, en el artículo de opinión: “La formación de profesionales reflexivos y la práctica de Enfermería”, subraya la importancia de promover en los estudiantes de enfermería el pensamiento reflexivo, ya que como futuros profesionales de la Enfermería requerirán de habilidades de pensamiento crítico, en virtud de que la práctica de Enfermería a la que se enfrentarán, implica sistemas de atención a la salud, en los que los tipos de toma de decisiones, la complejidad de las necesidades de los pacientes y la cantidad y diversidad de información que utiliza se realiza siempre, en situaciones de incertidumbre, de inestabilidad, con carácter único y con conflictos de valores.

En su artículo señala al proceso atención de enfermería, como estrategia metodológica, para el desarrollo del pensamiento crítico y con ello mejorar la práctica del cuidado, que implica en sí misma, la constante identificación de problemas, la elaboración de juicios y la toma de decisiones, y concluye que es necesario transformar la enseñanza, de tal forma que los estudiantes aprendan a aprender para la reflexión en la acción, para la reflexión sobre la acción y para la reflexión sobre la reflexión en la acción y que ello conlleva que los profesores dejen estereotipos y sean pensadores críticos, que permitan ser modelos para los estudiantes y ello implica desarrollar las habilidades que se quiere que los estudiantes desarrollen

III. Planteamiento del problema

El plan de estudios de la carrera de Licenciatura en Enfermería, de la Universidad Autónoma de Sinaloa, en su de perfil de egreso, plantea que “el egresado es un profesionalista de vanguardia, poseedor de capacidades para resolver los problemas propios del cuidado”, y en el área asistencial señala: “proponer con sentido crítico y analítico acciones sustantivas en escenarios reales”¹.

En congruencia con lo anterior se esperaría que en la formación del futuro profesional de enfermería, además de los conocimientos científicos requeridos,

desarrolle una serie de habilidades y aptitudes que le posibiliten ofrecer una práctica reflexiva de cuidado, que impacte su calidad.

Sin embargo, en el diagnóstico de necesidades para evaluar la dimensión interna de los currículos de las Escuelas de Enfermería de la UAS; se identificó que “a nivel institucional, el egresado no responde al perfil laboral establecido, para lo que se propuso, dentro de los fundamentos axiológicos, el de “fomentar la reflexión crítica”¹.

Al respecto Camacho subraya, en su estudio: Una mirada crítica de la formación del profesional de enfermería con perspectiva reflexiva, que *“en la actualidad los modelos de enseñanza que predominan en las instituciones educativas, se encuentran en una discrepancia entre el discurso en las aulas, los planes de estudio y la realidad de la práctica clínica en donde prevalece una ideología caracterizada por la racionalidad técnica”*¹⁰, lo que ha dado como resultado egresadas/os poco reflexivas/os y con débil identidad con la disciplina de Enfermería².

Lo señalado con anterioridad coincide con lo que he observado en mi práctica como docente clínico, porque el pasante de enfermería, en lugar de hacer aplicativos los conocimientos desarrollados durante su formación en la escuela, en vez de tratar de ofrecer una atención integral a la persona, basada en la valoración y diagnósticos que haga de éstos, reduce su práctica a “acciones en serie”, por funciones desarticuladas, en aplicación de técnicas en las que el pensamiento y la reflexión en la acción es prácticamente nulo, etc. Aunque pudiera ser que los servicios de salud, en algunas ocasiones trabajen de esa manera, preocupa que la enseñanza en aulas no sea reflejada como actuar profesional.

En el mismo orden de ideas, Medina Moya señala que:

“Las principales dificultades con que se encuentran los programas de formación de enfermeras con una orientación reflexiva podrían sintetizarse en los siguientes aspectos: los programas siguen

presentando un marcado carácter logocéntrico y orientado al aprendizaje de destrezas técnicas y existe resistencia de los alumnos al aprendizaje de la reflexión en la acción y sobre la acción, debido a su biografía educativa que los ha socializado en métodos que no favorecen la participación ni la construcción de significados”¹.

Con relación a lo anterior, García Galindo¹¹, menciona en su tesis que *“En la actualidad dentro de la práctica se han observado acciones gobernadas por un actuar rutinario, en el que seguramente existen diferentes factores determinantes como lo son los institucionales o bien de tipo personal (formación académica y de personalidad), lo que crea barreras al profesional de Enfermería para actuar reflexivamente”.*

Acerca de ello Bardallo³ señala, que:

“La práctica tradicional del cuidado ha estado más centrada, en el “saber hacer” que en el “saber o el sentir” disciplinar. Por diferentes razones sociohistóricas que han afectado al desarrollo de la disciplina y la profesión enfermera, el aspecto relacional y holístico inherente al cuidado, ha permanecido invisible y subsumido por la jerarquía impuesta, de las exigencias médicas sobre la práctica de la enfermería. La tecnificación de los medios para atender la salud de las personas ha derivado en prácticas profesionales enfermeras, altamente cualificadas a niveles técnico-instrumentales, pero deficitarios en la dimensión interpersonal característica del Cuidado. La despersonalización que de ello se deriva afecta, no sólo a la persona cuidada, sino también, al profesional que cuida”

Cabe hacer mención, que la pedagogía contemporánea considera que debe enseñarse a los estudiantes las ventajas que tiene razonar, recordar y codificar lo aprendido para que sea más fácil la solución de los problemas que se presentan en la práctica profesional¹², para ejercer su profesión de manera segura, competente y hábil³.

Para ello es muy importante que exista congruencia entre la realidad de la práctica clínica y la realidad áulica, en los discursos docentes y en los planes de estudio, ya que estos últimos son la vía de transmisión directa de los conocimientos, valores, actitudes y principalmente de una filosofía del cuidado entre docentes y alumnos en el proceso formativo. De ahí se espera que los nuevos profesionales crezcan de manera reflexiva, que construyan una identidad profesional congruente a su formación y sean en sentido estricto profesionales críticos, analíticos de su realidad, reflexivos de su práctica profesional para transformarla permanentemente¹⁰.

Por lo que es favorable, que cada día se acepta más que el pensamiento crítico debe ser una competencia de egreso de todos los programas para formar enfermeras profesionales. Lo anterior se justifica por la relación que tiene el pensamiento crítico con la capacidad de las enfermeras para realizar el raciocinio clínico en la práctica de Enfermería, el cual es necesario para brindar cuidados de Enfermería científicos y de la más alta calidad².

Por ende, es preciso que los y las profesionales de enfermería generen, promuevan y apliquen el pensamiento reflexivo y crítico en todas y cada una de sus acciones laborales, éticas, humanísticas y tecnológicas, siendo imprescindible que desde su formación las nuevas generaciones aprendan, comprendan y aprehendan esta forma de razonamiento, que permitirá un ser y hacer oportuno, efectivo, eficiente y con un alto impacto epistemológico y sociológico², en la práctica del cuidado. Lo que constituye la necesidad de un *“cambio paradigmático educativo, que tienda a proponer, procesos de aprendizaje y desarrollo del conocimiento con mayor utilización del pensamiento crítico y reflexivo, asociados con los cambios dramáticos en las condiciones de vida y procesos vitales del ser humano”⁶*.

Al respecto Bardallo³ indica, que “la reflexión como herramienta de aprendizaje debe ser incorporada a la formación de profesionales. Si el aprendizaje experiencial es tan importante en enfermería, la reflexión es vital para evitar la

repetitividad de prácticas anacrónicas que dificultan el desarrollo profesional y afectan la calidad de servicio que prestan las enfermeras y los enfermeros”

En este sentido trabajos como los de Benner¹³ y Shön¹⁴, han tenido un enorme impacto, cuestionándose la orientación actual de los planes curriculares y ofreciendo como alternativa la formación de enfermeras desde la óptica de la práctica reflexiva, desarrollada fundamentalmente a partir del modelo de Shön. Para este autor, el conocimiento relevante para los alumnos ha de constituirse en un saber que combine componentes explícitos y tácitos, que se activen en la acción y que se harán conscientes a través de la reflexión en la acción³.

Y de acuerdo a Benner¹⁵, *“La enfermería se considera como la práctica del cuidado, cuya ciencia sigue una moral y una ética del cuidado y de responsabilidad”* y considera *“que la práctica enfermera abarca el cuidado y el estudio de las experiencias vividas con respecto a la salud, la enfermedad, el malestar y las relaciones entre estos elementos”*. Además señala que *“las enfermeras no han documentado adecuadamente sus conocimientos clínicos”*, lo que determina la existencia de un vacío en el conocimiento del problema práctico de la Disciplina.

3.1 Importancia del estudio

Se considera que la investigación es de trascendental importancia, pues aunque el ámbito de aplicación del estudio es local en una universidad pública, los resultados generan conocimiento y comprensión respecto a dos constructos esenciales: experiencias de los pasantes de enfermería y resolución de problemas clínicos; que nos van a permitir comprender con mayor profundidad, las experiencias que los pasantes realizan para la resolución de problemas clínicos, desde una perspectiva epistemológica de la práctica reflexiva del cuidado, en esta etapa de transición tan particular; con la finalidad de que los responsables de servicio social, las conozcan y les sirvan de base para establecer una serie de estrategias

de formación, que promuevan dichas habilidades de pensamiento reflexivo, que posibiliten que el servicio social se convierta en una experiencia académica, que culmine el proceso de formación profesional de los estudiantes, y con ello una mejor aproximación al “otorgamiento de un cuidado holístico”¹⁶.

3.2 Propósito de la investigación

En la literatura relacionada con las experiencias de los pasantes de enfermería, en la resolución de problemas clínicos, no se evidencia el proceso que llevan a cabo, en escenarios hospitalarios.

Razón por la cual el propósito del mismo es identificar y comprender las experiencias que los pasantes de enfermería relaten, en relación al proceso de resolución de problemas clínicos, desde su práctica clínica profesional, en el ejercicio de su servicio social. Para “*constituir una evidencia científica que tenga impacto*”¹⁶ en dos niveles: en el Plan de Estudios de la Escuela Superior de Enfermería Culiacán, de la Universidad Autónoma de Sinaloa y particularmente en el proceso de formación del pasante de enfermería, durante su etapa de transición de estudiante a profesionista, en su servicio social

3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo general

- Comprender las experiencias de los pasantes de enfermería, en el proceso de resolución de problemas clínicos.

3.3.2 Objetivos específicos

- Identificar las experiencias de los pasantes de enfermería, en el proceso de resolución de problemas clínicos.

- Describir las experiencias de los pasantes de enfermería, en el proceso de resolución de problemas clínicos.
- Interpretar las experiencias de los pasantes de enfermería, en el proceso de resolución de problemas clínicos.

3.4 Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las experiencias de los pasantes de enfermería, en el proceso de resolución de problemas clínicos?

3.5 Marco Teórico Conceptual

Los conceptos centrales que sustentan el proyecto de investigación, se toman de autores como: Edmund Husserl y Martín Heidegger en relación a experiencia; y de Donald Schön, resolución de problemas; se extrae el concepto actual de brigadista, que anteriormente se le denominaba prestador de servicio social o egresado, del reglamento de Servicio Social de la Universidad Autónoma de Sinaloa, y el concepto de pasante de enfermería, así como su profesiograma con base en la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

Además la teoría de transiciones de Meleis¹⁷, que señala la experiencia humana de las transiciones, la filosofía de Benner¹⁵, en la cual considera que la práctica enfermera abarca el cuidado y las experiencias vividas con respecto a la salud y la enfermedad y la adquisición y desarrollo de habilidades, y el modelo de Schön¹⁴, quien propone una nueva Epistemología de la práctica, en la que el profesional es reflexivo y su conocimiento se activa durante la acción, permitirán discutir los hallazgos.

A partir de la **experiencia** y la reflexión de uno mismo, se puede experimentar y reflexionar sobre la vida comunitaria como intersubjetividad que vincula y en cierto sentido unifica, crea identidad, vivencia interna de un nosotros colectivo¹⁸.

El mundo de la **experiencia** es el mundo de la vida, es decir, la base de toda acción, así como de toda operación de conocimiento y elaboración científica. Utilizado insistentemente por Heidegger, **el concepto de experiencia habla del ser-ahí (tal como se presenta), del ser en- el-mundo y de la acción humana.** Para este autor, el sentido de la experiencia es la comprensión: el ser humano "es" comprendiéndose a sí mismo y su sentido en el mundo de la vida. Es a partir de esa ontología que él se abre para entender a los otros y al mundo. Por ser constituyente de la existencia humana, según Heidegger la experiencia no se presenta como un desafío a la reflexión. Al contrario, la reflexión recibe de la experiencia su alimento y su movimiento y se expresa a partir del lenguaje. Pero el lenguaje no trae la experiencia pura: viene organizada por el sujeto a través de la reflexión¹⁹

La NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud designa que el **Pasante de Enfermería**, es el estudiante de enfermería de una institución educativa que ha cumplido los créditos académicos exigidos en el plan y programas de estudio, y que para realizar el servicio social debe contar con la constancia de adscripción y aceptación expedida por la Secretaría de Salud²⁰.

Al respecto la NOM-019-SSA3-2013, señala que el **personal no profesional** de enfermería, es la persona que no ha concluido su preparación académica en el área de la enfermería en alguna institución educativa perteneciente al Sistema Educativo Nacional o habiéndola concluido no ha obtenido el documento correspondiente que demuestre tal circunstancia, para que la autoridad educativa competente la autorice para ejercer dicha actividad y que en esta clasificación se encuentran la auxiliar de enfermería, los estudiantes y **pasantes de enfermería.**

En la misma NOM-019-SSA3-2013²⁰, designa como **personal profesional de enfermería**: A la persona que ha concluido sus estudios de nivel superior en el área de la enfermería, en alguna institución educativa perteneciente al Sistema Educativo Nacional y le ha sido expedida cédula de ejercicio profesional con efectos de patente por la autoridad educativa competente.

A su vez el Reglamento de Servicio Social de la Universidad Autónoma de Sinaloa²¹ señala que son **brigadistas de servicio social** universitario las y los estudiantes actuales o en condición de egreso registrados en programa de servicio social empadronado en el Sub-Sistema Automatizado de Servicio Social de la Universidad Autónoma de Sinaloa (SASS-UAS).

Además señala que **el servicio social universitario** comprende las actividades teórico-prácticas que con carácter obligatorio y temporal realizan estudiantes o egresados(as) de la Universidad, con el propósito de consolidar su formación académica integral, a través de la aplicación de competencias transversales a su ejercicio profesional, con los conocimientos adquiridos durante sus estudios.

3.5.1 Modelo de Donald Schön. Epistemología de la práctica reflexiva.

Con respecto a la **práctica** Schön¹⁴, señala que una nueva Epistemología de la práctica reflexiva, pone de relieve la cuestión del conocimiento profesional asumiendo como punto de partida la competencia y el arte que ya forman parte de la práctica efectiva, sobre todo, la reflexión en la acción (el, “pensar en lo que se hace mientras se está haciendo”) que algunas veces los profesionales utilizan en situaciones de incertidumbre, singularidad y conflicto. En contraposición, los centros superiores de formación de profesionales en el marco de la estructura actual de la investigación universitaria otorgan un *status* privilegiado al conocimiento sistemático, preferiblemente de carácter científico, más que a la práctica.

También menciona que la racionalidad técnica, Epistemología de la práctica que más abunda en este tipo de centros, considera la competencia profesional como la aplicación del conocimiento privilegiado a los problemas instrumentales de la práctica. El currículum normativo de estos centros y el distanciamiento de la práctica que caracteriza su labor investigadora, no da pie para la reflexión en la acción y, por tanto origina un dilema entre el rigor y la pertinencia no sólo para los formadores sino también para los profesionales y los propios estudiantes. La preparación de los profesionales debería reconsiderar su diseño desde la perspectiva de una combinación de la enseñanza de la ciencia aplicada, con la formación tutorizada en el arte de la reflexión en la acción¹⁴.

Además subraya que existe crisis de confianza en el conocimiento profesional, que tiene dos puntos de origen, uno, la idea dominante del conocimiento profesional riguroso , fundamentado en la racionalidad técnica; y otro, la toma de conciencia de aquellas zonas de la práctica poco definidas que permanecen fuera de los cánones de la racionalidad técnica.

También indica que la racionalidad técnica es una epistemología de la práctica que se deriva de la filosofía positivista y se construye sobre los principios de la investigación universitaria contemporánea y que defiende la idea de que los profesionales de la práctica resuelven problemas instrumentales bien estructurados, mediante la aplicación de la teoría y la técnica que se derivan del conocimiento sistemático científico.

Sin embargo los problemas que se plantean a estos profesionales en la realidad no siempre se presentan como estructuras bien organizadas. De hecho, no suelen presentarse ni siquiera como problemas sino como situaciones poco definidas y desordenadas. En este caso si quieren llegar a tener un problema bien definido que encaje con las teorías y técnicas que mejor conocen, deben *construirlo* a partir de una situación problemática.

Mediante acciones complementarias de denominación y estructuración, el práctico selecciona sus puntos de atención y los organiza guiado por el sentido de la situación que facilita la coherencia y marca una dirección para la acción. En este sentido, **la definición del problema es un proceso ontológico, una forma de construir el mundo.**

Desde este punto de vista, los profesionales se enfrentan a situaciones problemáticas de manera muy diferente, en función a su experiencia disciplinar, roles organizativos, situaciones del pasado, intereses y perspectivas políticas y económicas. En tal caso el práctico no puede tratar el problema como si fuera un problema instrumental que se resuelve mediante la aplicación de alguna de las reglas guardadas en el almacén del conocimiento profesional.

Hay zonas indeterminadas de la práctica, tal es el caso de la incertidumbre, la singularidad y el conflicto de valores, que escapan a los cánones de la racionalidad técnica. Son precisamente estas zonas de la práctica, las que profesionales prácticos y observadores críticos de las profesiones han comenzado a entender con creciente claridad, como centrales en la práctica profesional y coinciden que se encuentran hoy más allá de los límites convencionales de la competencia profesional¹⁴.

Respecto a lo anterior Medina Moya¹, refiere que la educación de enfermeras tiene lugar en situaciones sociales de gran complejidad y ambigüedad que no pueden resolverse por la mera aplicación de conocimientos científicos, ya que el mundo de la enseñanza es demasiado fluido y reflexivo para permitir tal sistematización. Ciertamente, la práctica no se puede abarcar con el conocimiento técnico.

En contraste con los planteamientos técnicos que defienden que la acción de educar enfermeras es el resultado final del uso racional del conocimiento científico sobre la educación y donde la relación entre éste y la acción pedagógica es una

relación lineal y prescriptiva, la concepción práctica de la enseñanza defiende una visión dialéctica entre saber teórico y acción¹.

En el mismo orden de ideas Schön¹⁴, puntualiza que también existe una crisis de confianza en la preparación de los profesionales al señalar que si al mundo profesional se le acusa de ineficacia y deshonestidad, a los centros de formación de profesionales se les acusa de no saber enseñar las nociones elementales de una práctica eficaz y ética y menciona que lo que más necesitan aprender los aspirantes a profesionales de la práctica, es aquello que los centros de preparación parecen menos capaces de enseñar, y ello tiene su origen en una subyacente Epistemología de la práctica profesional, durante mucho tiempo ajena a un examen crítico, consistente en un modelo de conocimiento personal incrustado institucionalmente en el currículum y en los convenios entre el mundo de la investigación y de la práctica.

También menciona que al mismo tiempo, los que se dedican a la profesión de la enseñanza han manifestado, cada vez con más insistencia, su preocupación sobre la falta de conexión existente entre la idea de conocimiento profesional que prevalece en las escuelas profesionales y aquellas competencias que se les exigen a los prácticos en el terreno de la realidad. Los docentes expresan su insatisfacción ante un currículum profesional que no puede preparar a los estudiantes para adquirir su competencia en aquellas zonas indeterminadas de la práctica.

Desde estos puntos de vista para Donald Schön¹⁴, existe una crisis de confianza en las profesiones y en sus centros de formación que se origina en la Epistemología de la práctica que prevalece y la cuestión de la relación entre la competencia en la práctica y el conocimiento profesional precisa ser planteada al revés. Señala además que no deberíamos empezar por preguntar cómo hacer un mejor uso del conocimiento científico, sino qué podemos aprender a partir de un determinado examen del arte, es decir, de la competencia por la que en realidad los prácticos son capaces de manejar las zonas indeterminadas de la práctica.

También menciona que inherente a la práctica de aquellos profesionales que reconocemos como especialmente competentes, existe una fundamentación artística, y **define el arte** como una forma de ejercicio de la inteligencia, un tipo de saber, aunque diferente en aspectos cruciales de nuestro modelo estándar de conocimiento profesional. Y señala que no es casual que los profesionales a menudo se refieran a un “arte” de la enseñanza y utilicen el término *artista* para referirse a aquellos profesionales de la práctica extraordinariamente expertos en el manejo de situaciones de incertidumbre, singularidad y conflicto.

Este autor subraya que **desde la perspectiva de la Epistemología de la práctica**, el **arte profesional** se entiende en términos de reflexión en la acción y desempeña un papel central en la descripción de la competencia profesional.

Estudios como el realizado por Molina²², dan cuenta de la formación profesional de enfermería, siendo su objetivo: el dar a conocer la importancia del saber adquirido en la práctica y su relevancia como proceso de aprendizaje para el profesional de enfermería, concluyendo en que : el saber práctico ha permitido el desarrollo de la investigación en enfermería, ha modificado estructuras de formación de futuros profesionales en diferentes materias y la creación de indicadores empíricos que ha favorecido la unión entre la teoría y la práctica.

Fue Donald Schön¹⁴, quien reveló las carencias e inadecuaciones de la racionalidad técnica, que ha dominado de un modo hegemónico la comprensión de la actividad práctica de los profesionales y de su formación.

Esa crítica demuestra que la racionalidad técnica no alcanza a explicar plenamente el proceso real de razonamiento práctico que los profesionales utilizan en el desempeño de su labor y que presenta, por tanto una visión inadecuada: estrecha, instrumental y rígida, de la formación de los mismos. A partir de ahí, se empieza a tomar conciencia de que en las actividades profesionales con

frecuencia los problemas no aparecen bien delimitados ni siquiera claramente definidos.

Por lo anterior señalado la resolución de problemas de acuerdo a Schön¹⁴, posee tres características definitorias: 1) percepción ambigua de la naturaleza del problema. Incertidumbre en la identificación del problema y en las acciones a realizar, 2) cada problema es un caso único, 3) conflicto de valores.

1. Percepción ambigua de la naturaleza del problema. Incertidumbre en la identificación del problema y en las acciones a realizar

El problema no es externo o independiente de la situación en que surge. Dada la ambigüedad, turbulencia y multidimensionalidad de la misma, el profesional no percibe con claridad los límites y las características del problema. Por ejemplo, cuando una enfermera se halla ante una persona que tiene flebitis en ambos brazos y necesita realizar una venopunción en uno de ellos, podemos decir que esa situación es de tal ambigüedad que la profesional no puede apreciar con claridad un problema que coincida claramente con la lista de situaciones conocidas para las que posee respuesta o solución (iniciar una venopunción en un brazo flebítico). Cuando la enfermera toma unos elementos y rechaza otros para la construcción del problema y la subsecuente acción, está construyendo una realidad que no es externa a su marco de interpretación. En ese sentido construye la realidad. Es importante entender que ese proceso no está explicitado por la racionalidad técnica (el protocolo de la venopunción). La definición del problema es anterior a su solución técnica, lo que no existe es un problema tal y como lo entiende la racionalidad técnica.

Cuando una situación problemática es incierta la solución del problema depende de su construcción previa, lo cual no es un problema técnico. Por ejemplo, un conflicto en la formación práctica que afecta a la forma en cómo se están comportando los alumnos puede ser interpretado como un problema de falta de disciplina, como déficit de motivación, como proyección a la práctica de problemas

familiares o como rebeldía ante la opresión. La selección de una de esas opciones no depende únicamente del saber técnico o de las situaciones reales de formación práctica sino de las perspectivas teóricas, los intereses, las experiencias y los aspectos ideológicos de las personas que traten de transformar esas situaciones problemáticas en problemas susceptibles de solución técnica¹⁶.

2. Cada problema es un caso único

Para Schön, un práctico -profesional en la acción- se acerca al problema que ha de resolver como si fuese un caso único, de tal manera que el contexto en que debe resolverse aquél es percibido como una situación particular con características únicas, complejas, cambiantes, inciertas y ambiguas. Debido a su naturaleza de caso único, el problema queda fuera del alcance de las teorías y técnicas disponibles en el conocimiento disciplinar. Por tanto no puede ser tratado como un problema instrumental ni resuelto por la aplicación de una regla determinada. Por ejemplo, no existen dos paros cardiorespiratorios idénticos aunque ambos pertenezcan a la misma categoría de problemas. Es evidente que en ambos casos, existe pérdida de conciencia, midriasis, etc., por eso son etiquetados de “paro”. Pero cuando los profesionales inician las maniobras de reanimación, éstos aceptan que se hallan ante una situación intrínsecamente ambigua. Cuando inician la *aplicación* del protocolo no saben cómo va a reaccionar la persona afectada. Dicha respuesta dependerá de múltiples factores (patología previa, hábito tabáquico, deporte, etc.) que el profesional o desconoce o no puede controlar. Se verá entonces obligado a ajustar, moldear el protocolo para que se adapte a cada caso¹⁴. Es importante darse cuenta de que no existe ninguna regla técnica que oriente tal procedimiento, antes al contrario, la experiencia previa del profesional, sus sistemas apreciativos serán los “esquemas” que utilizará para dialogar con la situación problemática en una suerte de proceso reflexivo en el que la intuición y el arte jugarán un papel esencial¹⁶.

3. Conflicto de valores

Toda solución técnicamente correcta y científicamente validada tiene efectos colaterales en la vida de las personas. El profesional, según Schön, se halla ante el dilema de si lo técnicamente correcto o, lo científicamente posible es lo moralmente adecuado.

La presencia simultánea de estos tres rasgos en la práctica profesional, dota de una particular complejidad, ambigüedad y turbulencia a las situaciones con las que se enfrenta la enfermera, las cuales requieren para su solución exitosa una aproximación intuitiva que precede a la lógica conceptual²³.

Un estudio relacionado con la solución de problemas, realizado por Seren y Ustun²⁴, en 2008, en Turquía, tuvo como objetivo: identificar y comparar las habilidades de resolución de conflictos, entre los estudiantes de enfermería inscritos en un currículo de aprendizaje basado en problemas (ABP) y un currículo convencional, y de acuerdo a los resultados obtenidos, de que las puntuaciones de los estudiantes educados por ABP fueron significativamente más altas, que los que se forman por el método convencional de educación; sugieren que el énfasis en las habilidades interpersonales, la comunicación del equipo y la autoconciencia, que son parte del ABP, debe convertirse en el centro de los programas convencionales también.

Schön¹, utiliza el ejemplo de la desnutrición infantil en el tercer mundo para demostrar que **la consideración de lo que constituye un problema, depende de nuestros marcos disciplinares, intereses y perspectivas políticas e ideológicas, antes que de una aplicación técnica de la plétora de modelos y técnicas para la resolución de problemas.** Para el especialista en nutrición es un problema de selección de dieta ideal. Para el economista es un problema de poder adquisitivo y/o de desigual distribución de la renta. Cuando se intente establecer un debate sobre la solución de la desnutrición será difícil que se llegue a un acuerdo recurriendo a los hechos ya que serán interpretados de modo diferente en función del marco de referencia. En realidad una de las grandes aportaciones de Schön, ha sido revelar el proceso mediante el cual se produce

ese conocimiento práctico, tácito y dinámico que es tan racional como el saber técnico pero que se basa en una epistemología diferente.

De acuerdo a García Galindo²⁵, la **resolución de problemas** se refiere a una situación en la cual se requiere que el individuo, dé un tratamiento distinto de una mera aplicación rutinaria de fórmulas, es decir, del razonamiento basado en la comprensión de la situación, que lo conduzcan a su resolución.

Por su parte Benner¹⁵ y el modelo de Dreyfus de adquisición de habilidades, supone que todas las situaciones prácticas son mucho más complejas de lo que puede constatarse mediante las descripciones de los modelos formales, de las teorías y de los libros de texto, lo cual coincide con la percepción ambigua de la naturaleza del problema que señala Schön¹⁴, en su definición de resolución de problemas.

Así podemos observar que los trabajos de **Schön**¹⁴, han supuesto una de las aportaciones más originales y sugerentes para la conceptualización e interpretación de la enseñanza como actividad práctica, y que sus ideas han tenido un enorme impacto e influencia en la **reconceptualización de la práctica profesional de la Enfermería**, lo que ha generado como consecuencia, una transformación en la manera de entender la formación de los profesionales.

Este autor señala, que una **práctica profesional** es la competencia de una comunidad de prácticos que comparten las tradiciones de una profesión y convenciones de acción que incluyen medios, lenguajes e instrumentos distintivos. Y funcionan en el marco de instituciones de un tipo muy particular: por ejemplo, los juzgados, las instituciones educativas, los hospitales y las empresas.

Además subraya que el **currículum** es el mejor recurso para formalizar el conocimiento y las habilidades necesarias para la práctica profesional. Es la manera ideal para hacer explícitos los intereses y preocupaciones de la práctica tal y como son entendidas por el profesorado y profesionales de la Enfermería. Por ejemplo, en la práctica de Enfermería viene existiendo una preocupación por la

formulación de juicios clínico/prácticos correctos. Se intenta preparar a las enfermeras para que realicen juicios clínicos perspicaces, observaciones pertinentes y relevantes y para que formulen inferencias de aquellas observaciones y determinen las acciones apropiadas.

En el caso de Medina¹, la noción de **práctica** se inserta en el ámbito de interacción entre las personas, la cual requiere un tipo particular de acción que se identificaría de la acción manual o técnica de los artesanos y que Aristóteles denominaba práctica. Esa acción no constituye una acción objetiva, esto es, sobre un objeto o sobre una persona que haya sido objetivada, es una acción subjetiva, es decir, la acción de un sujeto que actúa con otro sujeto. Para Aristóteles, el conocimiento técnico no es suficiente para la comprensión y mejora del ser humano.

Schön²³ propone una **nueva Epistemología de la práctica** opuesta totalmente a la visión positivista de acción racional. Para Schön, el profesional no actúa siguiendo la lógica instrumental de la racionalidad técnica, antes al contrario, el profesional es un Práctico Reflexivo cuya acción se funda en un conocimiento práctico y tácito que se activa durante la acción y en el cual pueden, sobre todo a efectos heurísticos, distinguirse tres componentes: *conocimiento en la acción, reflexión en la acción y reflexión sobre la reflexión en la acción.*

En este sentido la **práctica reflexiva** para Erazo²⁶, constituye un paradigma emergente en el ámbito de la epistemología educacional y una alternativa a los modelos lineales o simples de análisis e intervención en la sociedad, en donde práctica y sujeto profesional docente se transforman en objeto privilegiado de análisis e investigación y los conceptos de racionalidad, en un programa de indagación de sus lógicas de construcción.

3.5.2 Filosofía de Patricia Benner. Modelo de Dreyfus: niveles y adquisición y desarrollo de habilidades.

Benner y Wrubel¹⁵, consideran a «la enfermería como la práctica del cuidado , cuya ciencia sigue una moral y una ética del cuidado y la responsabilidad» y que la práctica enfermera abarca el cuidado y el estudio de las experiencias vividas con respecto a la salud, la enfermedad, el malestar y las relaciones entre estos elementos.

La experiencia particular permite aprender las excepciones y los significados confusos de una situación. El conocimiento implícito en la práctica descubre e interpreta la teoría, la precede y extiende, y la sintetiza y adapta a la práctica del cuidado enfermero.

Benner¹⁵, adoptó el modelo de Dreyfus. Este modelo es situacional y describe los cinco niveles de adquisición y desarrollo de habilidades: a) principiante; b) principiante avanzado; c) competente; d) eficiente, y e) experto. El modelo postula que los cambios en los cuatro aspectos de la ejecución tienen lugar en la transición mediante los niveles de adquisición de habilidades: a) se pasa de confiar en los principios y las normas abstractas a utilizar la experiencia específica y pasada; b) se cambia la confianza en el pensamiento analítico basado en normas por la intuición; c) el estudiante pasa de percibir que toda la información de una situación es igual de importante a pensar que algunos datos son más importantes que otros, y d) se pasa de ser un observador individual, desde fuera de la situación, a tener una posición de implicación total en la situación.

La autora sitúa a las enfermeras recién graduadas en el nivel de principiante avanzada, puesto que pueden demostrar una actuación aceptable parcialmente después de haberse enfrentado a un número suficiente de situaciones reales o después de que un tutor les haya indicado los elementos importantes recurrentes de la situación. Además las enfermeras en este nivel siguen normas, se orientan por las tareas que deben realizar y tienen problemas para dominar la situación actual del paciente desde una perspectiva más amplia. En esta etapa se sienten

muy responsables del control del cuidado del paciente; no obstante, aún dependen en gran medida del consejo de enfermeras con más experiencia.

Benner¹⁵, mantiene que el conocimiento aumenta con el tiempo en una disciplina práctica y que se desarrolla a través del diálogo en relación y contextos situacionales y una de las primeras distinciones teóricas que estableció, es la diferencia entre la práctica y el conocimiento teórico.

Además ha afirmado que el desarrollo del conocimiento en una disciplina práctica «consiste en ampliar el conocimiento práctico (el saber práctico) mediante investigaciones científicas basadas en la teoría y mediante la exploración del conocimiento práctico existente desarrollado por medio de la experiencia clínica en la práctica de esta disciplina»

Benner¹⁵, ha destacado la diferencia entre el «saber práctico», un conocimiento práctico que puede eludir formulaciones abstractas y precisas, y el «saber teórico» o explicaciones teóricas. El «saber teórico» sirve para que un individuo asimile un conocimiento y establezca relaciones causales entre diferentes sucesos. El «saber práctico» consiste en la adquisición de una habilidad que puede desafiar al «saber teórico»; es decir, un individuo puede saber cómo se hace algo antes de descubrir su explicación teórica. Además sostiene que el conocimiento práctico puede ampliar la teoría o puede desarrollarse antes que las fórmulas científicas y que las situaciones clínicas siempre son más variadas y complicadas de lo que la teoría muestra.

La misma autora, señala que la habilidad y la práctica cualificada, consiste en poner en práctica las intervenciones enfermeras y las habilidades de decisión clínica en situaciones clínicas reales.

3.5.3 Teoría de Transiciones de Meleis

En concordancia con el modelo de los niveles de Benner¹⁵, en el que se van adquiriendo habilidades a través de la experiencia práctica, la teoría de las transiciones de Meleis¹⁷, define a la transición como un tiempo con un punto de

partida identificable, que va de los primeros signos de anticipación, percepción o demostración de cambio, pasa por un periodo de inestabilidad, confusión y estrés, y llega a un «final» con un nuevo inicio o período de estabilidad.

La teoría de Meleis está integrada por varios elementos, entre los que se encuentran el tipo de transición organizativa, que se refiere a cambios en las condiciones del entorno que afecta a las vidas de los pacientes y de los trabajadores.

También señala que existen propiedades de la experiencia de la transición que incluyen conciencia, compromiso, cambio y diferencia, tiempo y puntos críticos y fenómenos.

Y define la conciencia como la percepción, conocimiento y reconocimiento de la experiencia de la transición y el nivel de conciencia se refleja a menudo en el grado de coherencia entre lo que se conoce sobre los procesos y las respuestas y lo que constituye un grupo previsto de respuestas y percepciones de individuos sometidos a transiciones similares y que la ausencia de conciencia del cambio podría significar que un individuo puede no haber iniciado la experiencia de la transición, pero que la no manifestación de la conciencia de los cambios no excluye el inicio de una experiencia de transición.

El compromiso se refiere al grado de implicación de la persona en el proceso inherente a la transición. Se considera que el nivel de conciencia influye en el nivel de compromiso en cuanto a que éste no sucede sin conciencia.

La teoría, supone que los cambios en identidades, roles, relaciones, habilidades y patrones de conducta dan un sentido de movimiento o dirección a los procesos internos y externos y que para entender bien un proceso de transición, es necesario descubrir y describir los efectos y significados de los cambios implicados y sus dimensiones como naturaleza, temporalidad, importancia o gravedad percibida, normas y expectativas personales, familiares y sociales.

Además sugiere las diferencias como propiedad de las transiciones, en la que señala que la confrontación de las diferencias podría ejemplificarse con expectativas no cumplidas o divergentes, sentirse diferente, ser percibido como diferente o ver el mundo y a los otros de formas diferentes.

Otra de las propiedades de la transición es el tiempo, puesto que todas las transiciones son fluidas y se mueven con el tiempo.

Y respecto a los puntos críticos y acontecimientos como propiedad final de las transiciones, indica que suelen asociarse a una mayor conciencia de cambios o diferencias o a un compromiso más activo al tratar las experiencias de la transición. Además, la teoría de las transiciones conceptualiza que hay puntos críticos finales caracterizados por un sentido de estabilización en nuevos hábitos, habilidades, estilos de vida y actividades de autocuidado y que un período de incertidumbre está marcado por fluctuación, cambio continuo y alteración de la realidad.

En la misma teoría, señala que las condiciones de las transiciones son circunstancias que influyen en cómo una persona se mueve hacia una transición, que facilitan o impiden el progreso para lograr una transición saludable y que además en estas condiciones influyen factores personales, comunitarios o sociales que pueden facilitar o limitar los procesos y resultados de transiciones saludables.

La autora indica que las condiciones personales incluyen significados, creencias y actitudes culturales, estado socioeconómico, preparación y conocimiento, y considera que los significados atribuidos a los acontecimientos que desencadenan una transición y al propio proceso de transición, así como las creencias y actitudes culturales unidos a una experiencia de transición, además de la preparación anticipada o la falta de ella, facilitarán o inhibirán las experiencias de transición saludables de las personas.

También señala dentro de su teoría, los patrones de respuesta o indicadores de proceso y de resultado, que caracterizan las respuestas saludables.

Los indicadores de proceso incluyen sentirse conectado, interactuar, estar situado y desarrollar confianza y afrontamiento, lo que conduce a una transición saludable.

Además la ubicación y estar situado según el tiempo, el espacio y las relaciones son importantes e indican si la respuesta va en la dirección de una transición saludable y el grado en el que hay un patrón que indica que las personas expresan un aumento de sus niveles de confianza, es otro proceso importante indicador de una transición saludable.

Los indicadores de resultado pueden usarse para comprobar si una transición es saludable o no, e incluyen el dominio e identidades integradoras fluidas. Una transición saludable completada puede determinarse por el grado de dominio de habilidades y conductas necesarias para gestionar sus nuevas situaciones o entornos que demuestran las personas.

La teoría de las transiciones de Meleis¹⁷ se usa extensamente en la formación de graduados y pregraduados de todo el mundo, y puede aplicarse a la práctica de enfermería para explicar las experiencias de transición en diversos grupos de población que pasan por diferentes tipos de transiciones, tal es el caso de los pasantes de enfermería que pasan por un período de transición en el servicio social, etapa en la que ya no son estudiantes pero tampoco profesionistas, donde aún existe una necesidad creciente de aprendizaje y formación integral y además esta teoría puede ofrecer una perspectiva plena de la experiencia de la transición mientras se consideran los contextos en los que las personas las experimentan.

3.5.4 Cuidado, proceso de cuidado y práctica reflexiva del cuidado

Siles²⁷, conceptualiza el **cuidado**, como producto de la reflexión sobre las ideas, los hechos y las circunstancias relacionadas con el proceso de satisfacción de necesidades del ser humano y que garantizan la integridad y la armonía de todas y cada una de las etapas que constituyen la vida humana. Y señala que la reflexión sobre las ideas (**reflexión teórica**) relativas a los cuidados, incluye el

plano de las creencias y los valores que impregnan la atmósfera en la que tienen lugar los cuidados; la reflexión sobre los hechos (**reflexión práctica**) se refiere sobre todo a la valoración de las conductas y eventos observables; y, por último, la reflexión sobre las circunstancias (**reflexión situacional-contextual-temporal**) se ocupa tanto del marco espacio temporal como del contexto histórico cultural.

Para Waldow²⁸, el **proceso de cuidado** significa : "Todas las actividades llevadas a cabo por el cuidador y por el ser que es cuidado, basado en el conocimiento científico, la habilidad, la intuición, el pensamiento crítico, la creatividad, acompañado por el comportamiento, la atención y las actitudes hacia promover, mantener y/o recuperar su dignidad humana y su integridad. Esta dignidad abarca todo el significado integridad: la plenitud física, mental, moral, emocional, social y espiritual en etapas de la vida y la muerte, constituyéndose en última instancia, en un proceso transformación tanto del cuidador y como el ser que es cuidado"

Y en congruencia con lo anterior la **práctica reflexiva del cuidado**, se da de la siguiente manera:

Para que ocurra el cuidado, el cuidador primero percibe la situación del paciente como un todo. El pensamiento crítico, representado por la reflexión, debe ser desencadenado. Al reflexionar sobre la situación, algunas de las preguntas y las hipótesis son planteadas, por ejemplo, ¿Cómo se caracteriza esta situación? ¿Quién es este paciente? La necesidad de conocer acerca de su historia y su condición. ¿Cómo puedo ayudarlo?

Esta fase incluye el desarrollo de la interacción interpersonal; debe incluir iniciativas para proporcionar un medio ambiente adecuado (limpieza, privacidad, seguridad, condiciones apropiadas, etc.) y expresar reconocimiento al paciente y a su familia demostrando que puede ser aceptada a través de palabras, toques, miradas, gestos. La presencia es importante, lo que demuestra la seguridad y el desempeño eficiente de sus intervenciones

Durante la acción, el cuidador también debe comunicarse, incluso en silencio. La acción también es reflexiva. Mientras realiza la acción, y plantea preguntas supuestas que son, al mismo tiempo, acompañadas de la evaluación de lo que les ocurre en el momento: ¿Cómo se muestra la situación? ¿Los medios son adecuados? ¿Tendré que modificarlos? A medida que el paciente y su familia están reaccionando. ¿Qué más puedo hacer para que el paciente se sienta mejor?

Durante y después de la acción, el cuidador comprueba la reacción del paciente y en ese momento la reflexión es mucho más objetiva. El cuidador reflexiona sobre lo que se hizo, como lo hizo, que acción realizó, las reacciones de los pacientes y las condiciones ambientales, el material, y también refleja sus valores y sentimientos sobre la relación con el paciente y la atención.

Hace una evaluación general del evento y ve cómo se ha comportado cada componente de que se trate: paciente, personal de enfermería, familia y equipo de salud. El propósito de esta revisión reflexiva es ayudar en el aprendizaje, en la actualización y mejora de los cuidadores en el cuidado.

En su tesis doctoral Bardallo³, refiere que “El conocimiento construido a partir de este modelo de **práctica reflexiva** es socialmente transformador”. No es suficiente comprender e interpretar la realidad del Cuidado. Hay que transformarla. Y esta transformación viene de la mano de la reflexión y el aprendizaje a lo largo de la vida.

Como se ha visto, gracias a las aportaciones de Schön²³, sobre la **Epistemología de la práctica** en las que describe los tres elementos del conocimiento práctico, se conoce en la actualidad uno de los mecanismos mediante el cual se genera y produce el conocimiento profesional: la *reflexión-en-la-acción*. O sea, es la racionalidad práctica-reflexiva y no la técnica la verdaderamente útil en el enfrentamiento con las situaciones ambiguas e inestables de la práctica del cuidado y de la enseñanza del mismo.

IV. Metodología

4.1 Diseño

El diseño del presente proyecto de investigación, fue **cualitativo**, y se abordó desde la **fenomenología**.

Investigación cualitativa, porque se trata de comprender e interpretar las experiencias que los pasantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería han vivido, respecto a la resolución de problemas clínicos, que se les presentan desde el inicio del desarrollo de su pasantía.

Para este proyecto de investigación se tomó en cuenta la conceptualización que realizan Strauss y Corbin²⁹, sobre “investigación cualitativa”, quienes señalan al respecto que es cualquier tipo de investigación que produce hallazgos a los que no se llega por medio de procedimientos estadísticos u otros medios de cuantificación.

Puede tratarse de investigaciones sobre la vida de la gente, las experiencias vividas, los comportamientos, emociones y sentimientos, así como al funcionamiento organizacional, los movimientos sociales, los fenómenos culturales y la interacción entre las naciones. Algunos de los datos pueden cuantificarse, por ejemplo con censos o información sobre los antecedentes de las personas u objetos estudiados, pero el grueso del análisis es interpretativo.

También al respecto del enfoque cualitativo Martínez Miguelez³⁰, subraya que de acuerdo a la Enciclopedia Británica, cualidad “es aquello que hace a un ser o cosa tal cual es”, concepto aristotélico y cuya acepción, en sentido propio filosófico, es la que se usa en el concepto de “metodología cualitativa”.

No se trata, por consiguiente, del estudio de cualidades separadas o separables; se trata del estudio de un todo integrado que forma o constituye una unidad de análisis y que hace que algo sea lo que es: una persona, una entidad étnica, social, empresarial, un producto determinado, etcétera; aunque también se podría estudiar una cualidad específica, siempre que se tengan en cuenta los nexos y

relaciones que tiene con el todo, los cuales contribuyen a darle su significación propia.

De esta manera, la investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones. De aquí que lo cualitativo (que es el todo integrado) no se opone a lo cuantitativo (que es sólo un aspecto), sino que lo implica e integra, especialmente donde sea importante. El enfoque cualitativo de investigación es, por lo tanto, y por su propia naturaleza, dialéctico y sistémico.

Se abordó desde la fenomenología, puesto que las realidades solo pueden ser captadas desde el marco de referencia interna del sujeto que las vive y las experimenta, a partir de los postulados de Edmund Husserl, quien la describe de la siguiente manera: Ciencia apriorística que parte de la vivencia del sujeto y la vivencia es considerada como vivencia intencional. Esta vivencia intencional no parte del objeto, sino de la conciencia de quien observa al objeto. La fenomenología no busca contemplar al objeto mismo, sino la forma en que es captado por el sujeto desde su intencionalidad³¹.

De acuerdo a Husserl, debemos distinguir entre la **fenomenología entendida como ciencia** (o conjunto de disciplinas científicas) y la **fenomenología entendida como un método**, o, más en general, como una *actitud intelectual*. Ambos conceptos pueden fácilmente confundirse y de hecho muchas veces se han confundido.

Cuando se piensa que la fenomenología es exclusivamente un método, se corre el riesgo de confundir los métodos propios de la fenomenología entendida como ciencia (que son la reducción fenomenológica, la reducción eidética, el análisis intencional) con una mera actitud intelectual vagamente definida como un “volver a las cosas mismas”, un “filosofar sin supuestos”, un “abstenerse de prejuicios”.

Cuando Husserl afirma que la fenomenología es ante todo un método, una actitud intelectual, se está refiriendo a la actitud intelectual específicamente filosófica, al

método específicamente filosófico. Pero la aclaración de las confusiones debe darla, antes que nada, la aclaración directa del concepto de fenomenología.

La fenomenología es la ciencia descriptiva de las esencias de los fenómenos puros. “Ciencia descriptiva” significa, primordialmente, ciencia que procede guiándose meramente por la intuición, por la evidencia, ciencia, pues, que se impone el principio “de todos los principios”. Pero quiere decir también, y por lo mismo, ciencia que no construye teorías explicativas, que no procede formulando hipótesis ni ninguna clase de argumentaciones deductivas.

Por otro lado, que sea ciencia de las esencias de los fenómenos puros significa, ante todo, dos cosas: primera, que emplea el método llamado *reducción eidética*, y segunda, que emplea, en conjunción con él, el método llamado *reducción fenomenológica*. La reducción eidética consiste simplemente en el paso de la consideración del hecho individual a la consideración de su esencia. La reducción fenomenológica es el paso de la consideración de los fenómenos como realidades (que poseen por lo tanto una carga de trascendencia) a su consideración como fenómenos puramente inmanentes³².

Se utilizó el **método fenomenológico**, tomando en consideración que persigue el estudio de los fenómenos en tanto actos de conciencia más que del hecho en sí, por lo que es útil para estudiar los significados culturales en cualquier aspecto, que pretendan conocer las estructuras de conciencia de grupos determinados. Este método está basado en la filosofía de Husserl y en el método de Max Weber.

El método de investigación fenomenológico, describe lo que la experiencia ofrece, sin acudir a explicaciones causales, penetrando, sin abstracción, en los distintos aspectos e implicaciones en profundidad del objeto y busca determinar el sentido dado a los fenómenos por la descripción e interpretación del discurso de quien los vivencia y acceder a la esencia de los cuatro existenciales básicos: el espacio vivido o “espacialidad”, el cuerpo vivido o “corporeidad”, el tiempo vivido o

“temporalidad” y “el mundo vivido” tal como se experimenta en las situaciones y relaciones humanas cotidianas³⁰.

Diseño descriptivo y el interpretativo.

Descriptivo, porque se describirán las experiencias que los pasantes de enfermería han experimentado, desde el inicio de su pasantía, tomando en consideración que Strauss y Corbin²⁹, señalan que la descripción es el uso de palabras para expresar imágenes mentales de un acontecimiento, un aspecto del panorama, una escena, experiencia, emoción o sensación; el relato se hace desde la perspectiva de la persona que realiza la descripción.

La descripción se nutre del vocabulario ordinario para expresar ideas sobre cosas, personas y lugares, y también hace uso de símiles y metáforas, cuando las palabras ordinarias no logran expresar la idea o cuando se necesitan palabras más coloridas. Además, la descripción se necesita para expresar lo que está pasando, cómo se ve el panorama, que está haciendo la gente en él y así sucesivamente. El uso del lenguaje descriptivo puede convertir los acontecimientos ordinarios en algo extraordinario.

Sin embargo, aun la descripción más básica incluye un propósito ¿para qué describir si no fuera así?, ¿quién va a ver o escuchar la descripción?

En síntesis, los detalles descriptivos escogidos por quien cuenta una historia suelen ser consciente o inconscientemente selectivos, y se basan en lo que éste vio o escuchó o piensa que es importante. Aunque la descripción a menudo busca expresar credibilidad o retratar imágenes, también puede estar diseñada para persuadir, convencer, expresar y despertar pasiones. Es importante comprender que la descripción es la base de interpretaciones más abstractas de los datos y de construcción de teoría.

Interpretativo una vez identificadas y descritas las experiencias de los pasantes de Enfermería, como elemento importante dentro del proceso de la metodología

cualitativa, puesto que interpretar es un acto continuo que sobreviene a la comprensión y también está presente en ella: toda comprensión guarda en sí una posibilidad de interpretación, es decir, de una apropiación de lo que se comprende¹⁹.

4.2 Contexto del estudio

La investigación se realizó en el Hospital Pediátrico de Sinaloa en los Servicios de Medicina Interna, Urgencias, Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, Gastroenterología, Infectología, Unidad Quirúrgica, Hemato-Oncología y Cirugía y Traumatología, en el turno matutino, puesto que en ellos, estuvieron asignados los pasantes de enfermería, realizando su servicio social.

El Hospital Pediátrico de Sinaloa, es un Organismo Público Descentralizado es decir; una parte es subsidiada por gobierno (con sueldo de personal de base) y la otra se mantiene con recursos propios. Es el único hospital para niños, (en edades comprendidas desde RN hasta la adolescencia) en el estado de Sinaloa, que por su calidad de atención médica y labor social es elegido por los padres de niños enfermos de los estados como Sonora, Baja California Sur, Nayarit y Durango.

Atiende en su gran mayoría a niños de muy bajos recursos económicos que no cuentan con ningún servicio médico ya sea IMSS, ISSSTE o de algún otro tipo. Además, ofrece atención a los niños con toda clase de enfermedades infantiles, contando con todas las especialidades pediátricas y siendo actualmente reconocido como centro de referencia regional para niños con cáncer y otras enfermedades catastróficas, con una plantilla hospitalaria de más de 400 personas entre, médicos especialistas, enfermeras, residentes, radiólogo y químicos.

Diariamente da atención y cuidado a alrededor de 500 pacientes en las diferentes áreas, de los cuales el 40% son foráneos.

Las características de la Institución, la convierte en favorecedora de la formación de la práctica reflexiva del cuidado en la resolución de los problemas clínicos,

puesto que el pasante de enfermería, al otorgar cuidado a los niños que solo tienen como medio para comunicarse, el llanto, la sonrisa, los gestos faciales, etc., tienen que echar mano de sus conocimientos teóricos y prácticos construidos durante el desarrollo y formación de su carrera.

4.3 Participantes

Las participantes a las cuales se realizó la investigación, fueron ocho pasantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería, de la Escuela Superior de Enfermería Culiacán, de la Universidad Autónoma de Sinaloa, que realizaron su Servicio Social, del mes de agosto del año 2014, al mes de julio del año 2015, puesto que estas pasantes, temporalidad y contexto reunieron las características que aportaría conocimiento, para la resolución de los problemas clínicos, que vivieron de forma experiencial en esta importante etapa de formación profesional y de transición, en la que ya dejaron de ser estudiantes, pero aún no son profesionistas de la Enfermería.

Como lo señalado por Meleis¹⁷, en su teoría de la transición, que considera los contextos en los que las personas sufren una transición, al hacer referencia a las transiciones como *un tiempo con un punto de partida identificable, y que pasa por un período de inestabilidad, confusión y estrés, y llega a un final con un nuevo inicio o período de estabilidad.*

Se tomó en cuenta que las pasantes de enfermería, no tuvieran relación laboral con ninguna institución de salud o educativa, situación que modificaría los resultados de la investigación, al contar con una mayor experiencia práctica en la resolución de los problemas clínicos, de las personas que se encontraban a su cuidado.

Cada uno de los métodos cualitativos, tiene su forma propia de entender la selección de los participantes que ofrecerá la información necesaria para realizar la investigación. **La opción ontológica asumida por todos ellos, que es estructural- sistémica, exige una selección constituida por “un todo” sistémico con vida propia, como una persona, una institución, una etnia, o**

un grupo social. Por ello se impone la profundidad sobre la extensión, y la misma se reduce en su amplitud numérica.

Sin embargo, conviene escogerla de forma que estén representadas de la mejor manera posible las variables de sexo, edad, nivel socioeconómico, profesión, etcétera, según el caso, ya que su información puede ser diferente y hasta contrastante. Atendiendo lo anteriormente señalado, la selección de las participantes fue de tipo intencional, hasta la saturación teórica, para los objetivos de la investigación³³.

4.4 Técnicas de recogida de información

Para la recolección de la información, se realizaron **entrevistas a profundidad** a las participantes, puesto que de acuerdo a Martínez Miguélez³⁰, la misma, adquiere gran relevancia y significación del diálogo como método de conocimiento de los seres humanos y a medida que el encuentro avanza, la estructura de la personalidad del interlocutor va tomando forma en nuestra mente; adquirimos las primeras impresiones con la observación de sus movimientos, sigue la audición de su voz, la comunicación no verbal (que es directa, inmediata, de gran fuerza en la interacción cara a cara y, a menudo, previa a todo control consciente) y toda la amplia gama de contextos verbales por medio de los cuales se pueden aclarar los términos, descubrir las ambigüedades, definir los problemas, orientar hacia una perspectiva, patentizar los presupuestos y las intenciones, evidenciar la irracionalidad de una proposición, ofrecer criterios de juicio o recordar los hechos necesarios.

Y en cada una de estas posibles interacciones también es posible decidir la amplitud o estrechez con que debe plantearse el problema, si una pregunta debe estructurarse en su totalidad o dejarse abierta, y hasta qué punto resulta conveniente insinuar una solución o respuesta.

Lo anterior coincide con lo señalado por Taylor y Bogdan³⁴, quienes conceptualizan las “entrevistas en profundidad” como reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. La entrevista en profundidad sigue el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas y lejos de asemejarse a un robot recolector de datos, el propio investigador es el instrumento de la investigación, y no lo es un protocolo o formulario de entrevista, donde el rol implica no sólo obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas.

4.5 Análisis de datos

El análisis de datos es un proceso dinámico y creativo en continuo progreso en la investigación cualitativa. El enfoque se orienta hacia el desarrollo de una comprensión en profundidad de las personas que se estudian, la que se fundamenta en los datos y se desarrolla a partir de ellos, mediante una inducción analítica³⁴.

El análisis de los datos se realizó a través de la propuesta operativa de Souza Minayo³⁵, análisis de contenido tipo temático en tres etapas: la primera corresponde al ordenamiento de los datos, la segunda a la clasificación de los datos y la tercera al análisis final. Estas se describen en detalle en el apartado de recolección y análisis de datos.

4.6 Rigor metodológico.

Es muy importante que la investigación cualitativa se evalúe de acuerdo con sus propios parámetros, puesto que la forma de abordar los fenómenos desde este enfoque, difiere considerablemente de la investigación positivista, ya que la investigación cualitativa parte de la realidad misma de **los sujetos estudiados** y **son ellos quienes al final de la investigación, evaluarán si la interpretación de las experiencias, concuerdan con sus relatos y es a través de ellas, que se le da el status de rigor metodológico a la investigación cualitativa.**

La ciencia no es lo que está allá afuera, en esa llamada “realidad”, sino en lo experimentado, comprendido y validado sistemáticamente por el sujeto individual y por el sujeto colectivo³⁶.

Para los investigadores de Investigación cualitativa, el rigor metodológico es una cuestión central, sin embargo no existe una estandarización de criterios para evaluarlo, siendo los criterios más utilizados los de: **transferibilidad** como generalización y validez externa, **credibilidad** en lugar de validez interna, **dependabilidad, imparcialidad y honradez**, como sinónimo de confiabilidad y **confirmabilidad** en lugar de objetividad³⁷.

En el caso de la presente investigación, la **transferibilidad** se evaluó, porque la investigación podrá trasladarse a otros contextos o grupos, como sería el caso de los pasantes de servicio social en otra Institución de salud; **la credibilidad**, se valoró en el reconocimiento de que los hallazgos son reales y verdaderos, tanto por las pasantes de enfermería, como por la investigadora; **la dependabilidad**, puesto que el proyecto se realizó como un proceso sistemático y auténtico, imparcial, reflexivo y con la aplicación de valores.

El rigor se resume en la integridad del investigador en relación con la curiosidad intelectual, un verdadero interés por las personas estudiadas, sensibilidad, laboriosidad, responsabilidad y calidad moral y profesionalismo.

Al finalizar la presente investigación, la investigadora realizó la **validación** de la misma, para lo cual se reunió con las ocho pasantes de enfermería participantes y se las presentó en power point, dándoles a conocer los resultados obtenidos de sus discursos, y además les proporcionó la transcripción de cada una de sus entrevistas, para que les dieran lectura en forma detallada, con el propósito de que determinaran la correspondencia de lo que ellas quisieron decir en sus discursos, con la transcripción e interpretación realizada por la investigadora y al finalizar la lectura se les solicitó que firmaran un documento en el que constataran y validaran dicha correspondencia, firmando todas las participantes de común acuerdo.

4.7 Temporalización.

El presente proyecto de investigación dio inicio el mes de agosto de 2013 y concluyó con la tesis en el mes de agosto de 2015.

4.8 Consideraciones éticas del estudio

Previo a la ejecución de esta investigación se elaboró oficio de solicitud de autorización para el Comité de Ética e Investigación de la Escuela Superior de Enfermería Culiacán, de la Universidad Autónoma de Sinaloa, oficio de solicitud de aprobación a las autoridades responsables de los pasantes de enfermería en servicio social de la Institución de Salud correspondiente, el que fue autorizado por el Departamento de Investigación Médica y de Enfermería del HPS, y solicitud de consentimiento informado a las participantes.

Tanto al Comité de Ética e Investigación de la Escuela Superior de Enfermería Culiacán, de la Universidad Autónoma de Sinaloa, como al Departamento de Investigación Médica y de Enfermería del HPS, se entregó el proyecto de investigación para la aprobación de su aplicación.

Protección de la intimidad. La intimidad de los participantes se protegió con base al Código de ética de las y los enfermeros de México³⁸, tomando en consideración la declaración de principios que al respecto refiere lo siguiente:

Privacidad.- El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

El principio de privacidad tiene ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enfermera, y el deber de ésta de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.

A este respecto la **Declaración de Helsinki**³⁹, en el apartado de principios para toda investigación médica, señala lo siguiente en relación a la protección de la

intimidad, *“Que en la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación”*.

Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal, para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.

Para proteger la identidad de las participantes se asignaron seudónimos como: América, Europa, Asia, Oceanía, África, Luna, Tierra y Sol, previa aprobación y elección de los mismos, por cada una de ellas.

De acuerdo al Código de Bioética⁴⁰, en su capítulo VII. Bioética en la investigación en salud señala que:

Los investigadores recabarán el consentimiento informado por escrito de las personas sujetas a investigación o en su caso, de sus apoderados o tutores. El consentimiento se obtendrá con la clara descripción del estudio, de sus riesgos, beneficios y el planteamiento del derecho del paciente a retirarse de la investigación cuando así lo desee, sin que ello afecte en modo alguno su ulterior atención médica.

Durante el desarrollo previo de cada una de las entrevistas, se dio lectura al consentimiento informado por las participantes, para su autorización y firma, donde se les informó el objetivo de la investigación y el uso de audiograbadora, además de indicarles que el mismo se otorgaría en forma libre y voluntaria y sin la percepción de ningún beneficio económico, y que aún después de haber aceptado participar, podían rehusarse a continuar sin ninguna afectación a futuro. Asimismo se les informó que los resultados de la investigación se les darían a conocer, antes de ser publicados para la validación por cada uno de ellas.

4.9 Recolección y análisis de datos

En la investigación cualitativa la recolección y el análisis de los datos, son dos procesos que se desarrollan de manera simultánea.

La entrada al campo para la recolección de los datos, se vio facilitada por los porteros de la Institución de salud, y se realizó en un ambiente de profesionalismo, colaboración, confianza y tranquilidad, lo que permitió el desarrollo de la misma de la siguiente manera:

Previa solicitud y autorización por parte del Comité de Ética e Investigación de la Escuela Superior de Enfermería Culiacán el día 25 de agosto de 2014, la investigadora procedió a visitar a la Coordinadora de Enseñanza de Enfermería del Hospital Pediátrico de Sinaloa, el día 26 de agosto, la cual estaba a cargo de los pasantes de Enfermería, para hacer de su conocimiento, su interés en realizar la investigación con las pasantes que se encontraban realizando su servicio social en ese Hospital y solicitar la autorización de la ejecución de la Investigación. Ella a su vez la canalizó el mismo día, con la Enfermera Jefa de Investigación del mencionado hospital, a la cual, también le explicó el motivo de su visita y le dio a conocer el proyecto de investigación y se lo entregó en forma digital, además de una copia de la autorización de la Escuela Superior de Enfermería Culiacán.

La enfermera Jefa de Investigación, envió el proyecto de investigación al Departamento de Investigación Médica del HPS, para su autorización, el cual fue aprobado el día 28 de agosto de 2014.

Posterior a ello, la investigadora solicitó a la Coordinadora de Enseñanza de Enfermería, que le citara a todos los pasantes de enfermería, a una reunión informativa, llevándose a cabo la misma, el día 1º. de septiembre de 2014. En ella la investigadora se presentó con los pasantes e hizo de su conocimiento el motivo de la reunión, dándoles a conocer el proyecto de investigación e invitándolos a participar en el mismo, a lo cual los doce pasantes asistentes accedieron a participar en forma voluntaria. La reunión duró aproximadamente una hora, y en la

cual la investigadora concertó la primera entrevista a realizarse el día 3 de septiembre de 2014.

Para la recolección de la información, se realizaron **entrevistas a profundidad** a las participantes, puesto que de acuerdo a Martínez Miguélez³⁰, la misma, adquiere gran relevancia y significación del diálogo como método de conocimiento de los seres humanos.

Durante el desarrollo previo de cada una de las entrevistas, se dio lectura al consentimiento informado por las participantes, para su autorización y firma, donde se les informó el objetivo de la investigación y el uso de audigrabadora, además de indicarles que el mismo se otorgaría en forma libre y voluntaria y sin la percepción de ningún beneficio económico, y que aún después de haber aceptado participar, podían rehusarse a continuar sin ninguna afectación a futuro. Asimismo se les informó que los resultados de la investigación se les darían a conocer, antes de ser publicados para la validación por cada uno de ellas.

Las entrevistas a profundidad se realizaron con base a la necesidad de los datos, la periodicidad se adaptó a la fecha gestionada entre la investigadora y las participantes, efectuándose durante el año en el que las pasantes de enfermería desarrollaron su servicio social (del mes de agosto de 2014, al mes de julio de 2015), y tuvieron como escenario, una sala y el auditorio de enfermería de la Institución de Salud, con una duración de 56:13 min. como máxima y 46:58 min. como mínima.

Las entrevistas a profundidad continuaron hasta llegar a la saturación teórica, que de acuerdo a Strauss y Corbin²⁹, es el punto en el que no se percibe nada nuevo en la información que ofrecen los entrevistados.

El enfoque cualitativo para el análisis de los datos, se orienta hacia el desarrollo de una comprensión en profundidad de las personas que se estudian, la que se fundamenta en los datos y se desarrolla a partir de ellos, mediante una inducción analítica³⁴.

De acuerdo a Polit y Hungler⁴¹, la finalidad del análisis de datos, independientemente del tipo de éstos y del método de colecta, es ordenar un gran número de información de modo que sea posible sintetizarla, interpretarla y darla a conocer.

El análisis de los datos se realizó a través de la propuesta operativa de Souza Minayo³⁵, análisis de contenido tipo temático en tres etapas: la primera correspondiente al ordenamiento de los datos. En esta etapa se realizó la transcripción de las entrevistas audiograbadas en forma fiel y completa, las cuáles fueron nueve entrevistas, en un total de 261 páginas transcritas. Posteriormente la organización de los datos encontrados, así como los datos observados y registrados por el investigador en su diario de campo. Después se realizó una relectura de los discursos en búsqueda de homogeneidades y diferenciaciones, así como se realizaron comparaciones y contrastes con lo cual emergieron 532 unidades temáticas.

En la segunda etapa: clasificación de los datos, se realizó una lectura horizontal, exhaustiva y fluctuante de cada una de las entrevistas y de la totalidad, para la búsqueda de la coherencia interna de la información, mediante la cual se construyeron categorías empíricas, las cuales se contrastaron con las categorías teóricas, buscando interrelaciones e interconexiones entre ellas. Posteriormente se realizó una lectura transversal y recorte en unidades de sentido, clasificándolas, separándolas, reagrupándolas y reduciéndolas por semejanzas y conexiones entre ellas, quedando sólo 87 unidades temáticas.

Se trató de comprender e interpretar lo que fue expuesto como más relevante, representativo y significativo por las pasantes de enfermería, en relación a sus experiencias para la resolución de problemas clínicos, durante el servicio social. Durante esta etapa, emergieron cuatro categorías y once subcategorías.

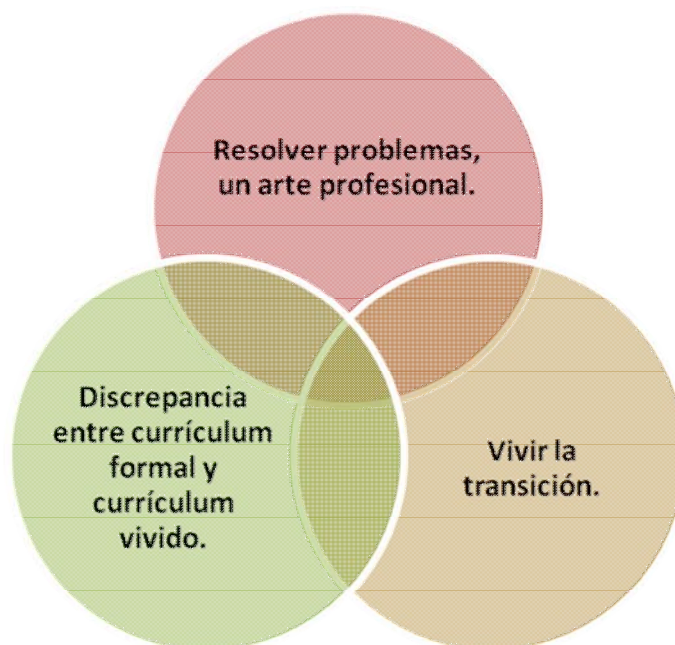
Como tercera etapa se realizó el análisis final, a través de una profunda inflexión sobre el material empírico que consistió en un movimiento circular, es decir de lo empírico a lo teórico y viceversa, de lo concreto a lo abstracto y de lo particular a

lo general, quedando finalmente un total tres categorías, con tres subcategorías cada una, mismas que se desarrollan con detalle en el apartado de resultados.

Al finalizar la investigación, la investigadora realizó la **validación** de la misma, para lo cual se reunió con las ocho pasantes de enfermería participantes, exponiéndoles la investigación en formato power point y dándoles a conocer los resultados obtenidos de sus discursos, además de proporcionarles la transcripción de cada una de sus entrevistas, para que les dieran lectura en forma detallada, con el propósito de que determinaran la correspondencia de lo que ellas quisieron decir en sus discursos, con la transcripción e interpretación realizada por la investigadora. Al concluir la lectura se les solicitó que firmaran un documento en el que constataran y validaran dicha correspondencia, los cuales fueron firmados por todas las participantes de común acuerdo.

V. Resultados y Discusión

Se identificaron **tres categorías**, que definen el proceso de resolución de problemas clínicos, desde la experiencia de las pasantes de enfermería, las cuales se describen a continuación:



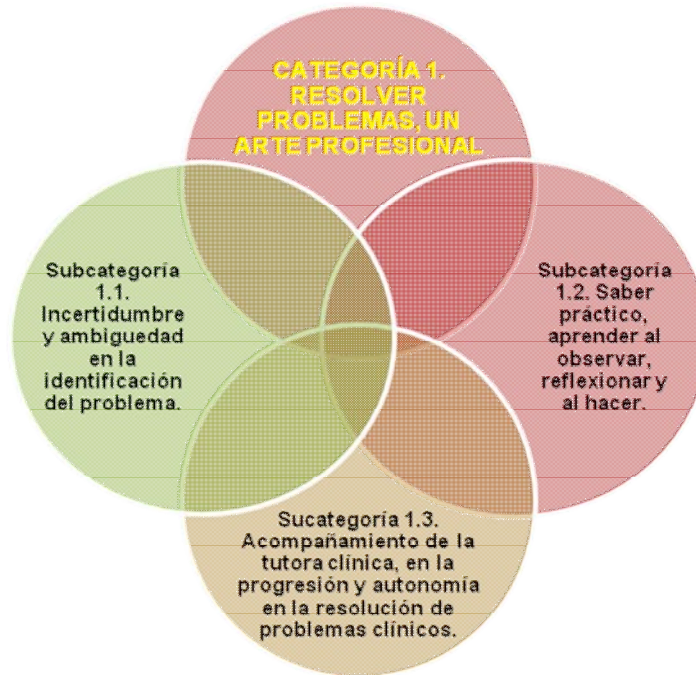
Cabe señalar que el discurso y las categorías van cambiando conforme al tiempo transcurrido de servicio social, porque las pasantes de enfermería ya han adquirido mayor confianza y seguridad, lo que les permitió aunque en forma leve, una mayor toma de decisiones y práctica de enfermería autónoma más reflexiva y crítica.

La **primera categoría, resolver problemas, un arte profesional**, fue narrada por las participantes, alrededor de tres subcategorías: incertidumbre y ambigüedad en la identificación y resolución del problema, saber práctico: aprender al observar, reflexionar y al hacer, y acompañamiento de la tutora clínica en la progresión y autonomía en la resolución de problemas clínicos.

La **segunda categoría, discrepancia entre currículum formal y currículum vivido**, fue relatada por las pasantes de enfermería en torno a tres subcategorías: discrepancia entre currículum formal y la realidad de la práctica, la rutina como limitante de la reflexión en la acción y a pesar de las circunstancias el pasante toma decisiones para resolver problemas.

Y una **tercera categoría, vivir la transición**, la que fue expuesta alrededor de tres subcategorías: transición de estudiante a profesionalista de enfermería, condiciones que influyen en una transición saludable y condiciones que inhiben una transición saludable.

Dichos resultados se presentan en forma detallada a continuación:



Categoría 1. Resolver problemas, un arte profesional.

La resolución de un problema es el resultado de un esfuerzo que es posible y que **no responde a estructuras fijas e inamovibles**, y que además insiste en el nivel intuitivo de conocimiento de conceptos que permite su utilización o manejo adaptado al momento oportuno⁴²

A su vez para García García²⁵, en el campo social, la creatividad y los procesos de resolución de problemas, se combinan para generar el cambio en las **formas de ver y de pensar en el mundo**.

Por su parte García Galindo¹¹, indica que la resolución de problemas se refiere a una situación en la cual se requiere que el individuo, dé un **tratamiento distinto de una mera aplicación rutinaria de fórmulas**, es decir, del razonamiento basado en la comprensión de la situación, que lo conduzca a su resolución.

En el mismo orden de ideas Schön¹⁴, señala que entre las características definitorias que posee la resolución de problemas, se encuentra la **percepción ambigua de la naturaleza del problema e incertidumbre en la identificación del problema** y en las acciones a realizar. Además define el **arte** como una forma

de ejercicio de la inteligencia, un tipo de saber, que los prácticos muestran algunas veces en situaciones de la práctica que resultan singulares, inciertas y conflictivas, y subraya que desde la perspectiva de la Epistemología de la práctica, el arte profesional se entiende en términos de reflexión en la acción y desempeña un papel central en la descripción de la competencia profesional y que además inherente a la práctica de aquellos profesionales que son reconocidos como especialmente competentes, existe una fundamentación artística, y no es casual que los profesionales a menudo se refieran a un “arte” de la enseñanza y utilicen el término *artista* para referirse a aquellos profesionales de la práctica extraordinariamente expertos en el manejo de situaciones de incertidumbre, singularidad y conflicto.

La resolución de problemas clínicos por parte de las pasantes de enfermería, es el proceso mediante el cual resuelven las situaciones de cuidado que se les presentan cotidianamente en el ejercicio de su pasantía, hacia la persona sujeto de cuidado, en la mayoría de los casos con incertidumbre y ambigüedad, lo que se evidencia en sus discursos:

...“Ese era mi miedo, que me mandaran a hacer algún procedimiento que no supiera”... (América E1).

*...“Unas veces uno tiene la idea de cómo resolver y dices **no sé, no estoy segura, a lo mejor así se hace**, pero como ya han pasado varias experiencias de que **uno se equivoca**...Porque a lo mejor **a veces no estoy segura**”. (Europa E.1)*

Además esta resolución de problemas se fue constituyendo en un incipiente arte profesional en forma gradual, conforme fueron adquiriendo el saber práctico, la experiencia y reflexividad, a través de sus vivencias en los diferentes servicios de la Institución de salud, sobre todo al final de su pasantía, lo cual queda de manifiesto en sus relatos:

*...“En el desarrollo de mi pasantía en enfermería, he logrado darme cuenta del **gran avance que he obtenido en saber aplicar y obtener conocimientos** con*

más habilidades, el aprender a trabajar en equipo y el tener una **mayor seguridad en mi misma**”...(Oceanía E1)

*“Al finalizar mi pasantía...siento que **he adquirido más práctica** en los conocimientos que traemos de la escuela...Es un **gran avance en mi formación**, pues al inicio...me sentía nerviosa, insegura, temía lastimar a algún paciente...pero **con el paso del tiempo fui teniendo más confianza en mí** y eso **me ayudó a desenvolverme mejor en cada uno de los servicios**”... (Luna E1).*

En esta categoría emergieron las subcategorías: Incertidumbre y ambigüedad en la identificación y resolución del problema; saber práctico: aprender al observar, reflexionar y al hacer y acompañamiento de la tutora clínica en la progresión y autonomía en la resolución de problemas clínicos.

Subcategoría 1.1: Incertidumbre y ambigüedad en la identificación y resolución del problema.

De acuerdo al diccionario de Filosofía⁴³, **incertidumbre** se considera como la falta de certidumbre, la que a su vez tiene dos significados fundamentales, la seguridad subjetiva de la verdad de un conocimiento y la garantía que un conocimiento ofrece de su verdad.

Al inicio de su pasantía, de acuerdo a lo narrado en sus discursos, las pasantes de enfermería, manifestaron signos de **incertidumbre**, en la identificación y resolución de problemas, puesto que señalaron que no sabían que hacer, ya que casi no sabían nada, lo que se evidencia en los siguientes discursos:

*...“Al principio que un niño se ponía grave, todos los enfermeros actuaban rápido para sacarlo adelante y tu **simplemente te quedabas viendo porque no sabías que hacer**”... (Asia. E.1).*

*“Al principio tenía mucha inseguridad cuando recién entre, porque **no sabía nada**...el primer mes que estuve, **casi no hacía nada**, no colaboraba con ellas*

*porque prácticamente allí fue cuando **casi no sabía nada**, porque iba empezando”...(Sol E1).*

Los resultados de la investigación, coinciden con los de Bardallo³, quien señala que los profesionales de la salud en general y las enfermeras en particular, se ven inmersos en una **incertidumbre** a veces generadora de tensiones importantes que afectan a la salud de los propios agentes de cuidado.

*“**No puedo hacer esto** y veía que el personal lo hacía y decía, si lo podía hacer pero no supe cómo, sabía cómo, pero a lo mejor no me acordé o **me bloquee** yo sola, o **dije no lo puedo hacer, y pues no lo pude hacer**”...(Tierra E1).*

Por otra parte el término **ambigüedad** en el mismo diccionario de Filosofía⁴³, se refiere a hechos o situaciones con la posibilidad de interpretaciones diferentes o presencia de opciones que se excluyen.

La real academia española⁴⁴, define **ambiguo** como algo que puede entenderse de varios modos o admitir distintas interpretaciones y dar, por consiguiente, motivo a dudas, incertidumbre o confusión. También lo señala como incierto y dudoso.

Los discursos de las pasantes, reflejaron **ambigüedad** en la identificación y resolución de los problemas clínicos, a través de expresiones de dudas y confusiones en las diferentes situaciones de cuidado, en las que se vieron inmersas durante su práctica profesional en el servicio social y que además queda de manifiesto en sus discursos:

*“En ese momento, **me sentí un poco nerviosa**, porque nosotros no tenemos esa experiencia, entonces, te sientes un poco **insegura de que será, o no será**”...(Tierra E1).*

De acuerdo a Schön¹⁴, el problema no es externo o independiente de la situación en que surge, dada la ambigüedad, turbulencia y multidimensionalidad del mismo, el profesional no percibe con claridad sus límites y características, lo que se

evidencia en el siguiente discurso, en el que la pasante de enfermería no logró identificar el significado de una resolución de problemas.

*“¿Cómo **cuáles problemas?**...de resolver problemas, pues no, o **no sabría decirle como... yo estaba nada más acompañando a la circulante**”... (Luna E1).*

Además en sus narrativas señalaron que el enfrentarse a problemas de la práctica clínica, se tradujo en sentimientos de miedo e inseguridad, al no saber qué hacer ante determinadas situaciones de cuidado que se les presentaron.

*“Creo que como todo pasante, al momento de llegar al Hospital, llegas con un **cierto miedo, muchas dudas e inseguridad** de manejar el paciente... entré con un miedo pero feo, porque eran bebés bien chiquitos y **yo decía que les voy a hacer**”... (África E1).*

Otra situación reflejada en los relatos de las pasantes de enfermería, hace referencia a que por la falta de conocimientos adquieren una actitud pasiva, minimizando cuidados de pacientes en estado crítico, pues solo observan o solo proporcionan cuidados básicos como son la toma de signos vitales en un paciente posoperado de corazón, a quien requiere un cuidado más avanzado.

*“Me tocó un niño que estaba **operado del corazón**, pero **sus cuidados nada más eran los signos vitales**” (Asia E1).*

Esto coincide también con lo indicado por Benner¹⁵, sobre el modelo de Dreyfus de adquisición de habilidades, que supone que todas las situaciones prácticas son mucho más complejas, de lo que puede constatarse mediante las descripciones de los modelos formales, de las teorías y de los libros de texto, lo que a su vez concuerda con la percepción ambigua de la naturaleza del problema que señala Schön¹⁴, en su definición de resolución de problemas.

*“Como ya somos pasantes se supone que ya somos de más confianza, ya tenemos que saber más cosas... Yo digo que no hay que actuar, **porque nosotros***

no sabemos y aunque sepamos no sabemos la situación de ese niño”... (América E.1)

*“Porque hay veces que tú observas que hacen cosas y te preguntas **¿que será esa maniobra que hizo? ¿Que será esa otra cosa?**”... (Asia. E.1).*

Lo que se corresponde con Medina Moya¹, quien refiere que la educación de enfermeras tiene lugar en situaciones sociales de gran complejidad y **ambigüedad** que no pueden resolverse por la mera aplicación de conocimientos científicos, ya que el mundo de la enseñanza es demasiado fluido y reflexivo para permitir tal sistematización y que la práctica no se puede abarcar sólo con el conocimiento técnico, además agrega que el conocimiento profesional necesario para demostrar competencias en una práctica, como la enfermería, es de naturaleza artística antes que técnica, es un conocimiento personal o práctico o conocimiento en la acción.

*“**Sé un poco** sobre lo que tiene el paciente, los cuidados y el apoyo que se le tiene que dar...**No he resuelto bien**”... (Oceanía E1).*

*...**Canalizarlos no es fácil** y más a ellos que se hace más difícil **por su padecimiento**”... (África E1).*

Subcategoría 1.2. Saber práctico: aprender al observar, reflexionar y al hacer.

Para Benner¹⁵, el «saber práctico» consiste en la adquisición de una habilidad que puede desafiar al «saber teórico»; es decir, un individuo puede saber cómo se hace algo antes de descubrir su explicación teórica. Sostiene que el conocimiento práctico puede ampliar la teoría o puede desarrollarse antes que las fórmulas científicas y que las situaciones clínicas siempre son más variadas y complicadas de lo que la teoría muestra.

Por su parte las pasantes de enfermería, identificaron plenamente lo que es un saber práctico para ellas, puesto que durante su carrera se les ha formado en los distintos saberes de la disciplina de enfermería, siendo uno de ellos “el saber hacer” y que además fue muy reflejado en sus discursos, ya que lo señalaron como una gran debilidad, sobre todo en los inicios de su servicio social.

*...“Porque muchas veces **no se trae la habilidad de hacer las cosas**, y se necesita hacer, y muchas veces; a la primera no va a salir bien, **se necesita estar practicando** para poder hacerlo bien”. (Sol E1).*

*“**Los cuidados que teníamos que tener con ellos, también los hacíamos, y así fui aprendiendo**”... (África E1).*

Schunk⁴⁵, refiere que para Bandura, el aprendizaje por observación a través del modelamiento ocurre cuando los observadores manifiestan nuevos patrones de conducta que antes de estar expuestos a las conductas modeladas no tenían ninguna probabilidad de manifestar, incluso aunque estuvieran muy motivados a hacerlo. El aprendizaje por observación incluye cuatro procesos: atención, retención, producción y motivación. Lo que coincide con los discursos de las pasantes de enfermería, puesto que la observación fue referida por ellas, como el primer paso hacia el aprendizaje para la resolución de los problemas de cuidado que se les presentaron en su pasantía, lo que se evidencia en sus discursos:

*...“Y de pasante **tienes que observarlo todo, saber cómo hacer las cosas, ¿cómo? ¿cuándo?** y mucha práctica...**Primero observé** como lo hacían mis compañeros, observé que se les preguntaba... Y pensé que **se aprende mucho a observar** y a hacer la valoración bien y es una experiencia”... (Europa E.1).*

*“Principalmente **observar que se le va a hacer al paciente**...**Primero observaba** y después les decía **¿puedo hacer esto?**...**Antes de decir yo lo hago, observaba** como lo aspiraban...**Digo que si aprendes al observar**”... (Asia E1).*

Para Donald Schön²³, el profesional es un práctico reflexivo cuya acción se funda en un conocimiento práctico y tácito que se activa durante la acción y en el cual

puede, sobre todo a efectos heurísticos, distinguirse tres componentes: *conocimiento en la acción, reflexión en la acción y reflexión sobre la reflexión en la acción.*

...“Al principio, cuando no sabía, era de **¿qué hice mal? o fijarme en que es lo que había hecho mal, para no volver a cometerlo**”... (Sol E1).

...“**Si la temperatura salía muy elevada me fijaba si había presentado antes o si no, y pensaba, si había presentado, probablemente le estaban dando medicamento para la temperatura, pero si no es así, voy a investigar por qué está presentando**”... (Europa E1).

El aprender al hacer que de acuerdo a Schunk⁴⁵, es señalado por Bandura como el aprendizaje que ocurre de *manera activa*, es decir, a través del hacer real y que gran parte del aprendizaje se produce mediante el hacer. En este sentido Schön¹, señala que hay quien sitúa el aprender al hacer, como una forma de iniciación disciplinada al planteamiento y resolución de problemas.

“Son cuidados diferentes, y **aprenderlos primero**, saber qué es lo que se hace, practicarlos, y **ya cuando pueda sola, hacerlos yo**”... (Tierra E1).

...“Yo siempre he dicho un dicho “dime y lo olvidaré, enséñame y lo recordaré, pero **déjame hacerlo y lo sabré hacer**”, la pura teoría sin práctica no funciona”.(América E.1).

Los discursos de las pasantes de enfermería, coinciden con la teoría cognoscitiva social que destaca la idea de que gran parte del aprendizaje humano ocurre en un entorno social, como es el caso de la Unidad de Salud donde se realizó la investigación. Dicha teoría señala que al observar a los demás, las personas adquieren conocimiento, reglas, habilidades, estrategias, creencias y actitudes, donde el aprendizaje ocurre de manera activa, es decir, a través del hacer real, o de forma vicaria, mediante la observación del desempeño de modelos (tutores), ya sea en vivo, de manera simbólica o de manera electrónica⁴⁵.

Los resultados muestran que la observación fue señalada por la mayoría de las pasantes de enfermería, como una técnica por la que se aprende un saber práctico bajo el acompañamiento de una tutora, que en este caso fue la enfermera de quien estuvieron a cargo, además también mencionaron que el aprender al hacer, les dio mayor seguridad para realizar acciones de cuidado en la práctica clínica, lo que a su vez coincide con Benner¹⁵, quien señala que *se pasa de ser un observador individual, desde fuera de la situación, a tener una posición de implicación total en la situación.*

“La enfermera lo hacía un día completo, y me decía yo lo voy a hacer y tú me vas a observar y otro día ella lo hacía temprano y me decía vamos a hacerlo y a la siguiente con supervisión de ella yo lo hacía, y ya que ella miraba que lo hacía bien ya me dejaba hacerlo”... (África E1).

Por otra parte gracias al modelo de Schön¹⁴, sobre la Epistemología de la práctica, se conoce en la actualidad uno de los mecanismos mediante el cual se genera y produce el conocimiento profesional: la *reflexión-en-la-acción*, en el que además señala que es la racionalidad práctica-reflexiva y no la técnica, la verdaderamente útil en el enfrentamiento con las situaciones ambiguas e inestables de la práctica. Sin embargo en lo referido por las pasantes de enfermería en sus discursos, se observa que la mayoría al inicio de su pasantía, no incorpora la reflexión en la acción, en las situaciones de cuidado que se les presentaron para la resolución de problemas clínicos, circunstancia que quizás se deba a como ellas mismas lo manifestaron, a una falta de saber práctico desde la Escuela de Enfermería, donde la práctica en los laboratorios es limitada y carece de simuladores, en los cuales puedan practicar las diversas técnicas de enfermería y desarrollar con ello ese saber práctico a través del pensamiento crítico y reflexivo, para que el mismo pueda ser transferido a espacios reales, como el contexto de la práctica clínica hospitalaria.

“Muy importante que hubiera simuladores de adulto y de diferentes grosores de piel, para practicar bien la técnica de canalizar, similar a hacerlo con un

*paciente... **Me contribuiría en mi seguridad, el saber hacer las cosas**...*
(América E1).

Cabe señalar que la Disciplina de Enfermería como Ciencia aplicada, tendría que incorporar en su plan de estudios un programa de simulación clínica, como estrategia educativa innovadora, con el propósito de que los futuros profesionistas aprendan haciendo, que los conduzca a un aprendizaje centrado en la reflexión sobre la acción, mediante el desarrollo y aplicación del pensamiento reflexivo y crítico, que les permitirá la introducción en los ambientes clínicos reales con mayor seguridad y saberes prácticos.

Por otra parte, en un estudio realizado por Molina²², cuyo objetivo fue dar a conocer la importancia del saber adquirido en la práctica y su relevancia como proceso de aprendizaje para el profesional de enfermería, concluyó que el saber práctico ha modificado estructuras de formación de futuros profesionales lo que ha favorecido la unión entre la teoría y la práctica.

Resultados que concuerdan y son evidenciados en los relatos de algunas pasantes de enfermería, las que señalaron que la adquisición de conocimientos prácticos y habilidades, les permitió una mayor confianza y seguridad en el desarrollo profesional en el ser, en el saber, y en el saber hacer.

*“Me siento una persona **más capacitada**...Con **más conocimientos prácticos** para **llevarlo a cabo en un futuro en mi desempeño laboral**, con **gran diferencia al inicio** de mi pasantía, ya que cuando inicié tenía más **miedo e inseguridad** al realizar diferentes procedimientos, pero al paso de los meses **me fui sintiendo con más capacidad y seguridad**...He **aprendido a ser... y saber hacer**...me siento satisfecha por lo que he logrado”. (Europa E1).*

*...“Mi experiencia en el servicio social fue muy satisfactoria ya que...**cuando recién ingresé...no tenía la práctica y suficientes conocimientos**, conforme **pasó el tiempo pude desarrollar una serie de habilidades**, las cuales **me dieron***

la **confianza y seguridad para desarrollarme** adecuadamente...al momento de **realizar alguna actividad**" (Sol E1).

Subcategoría 1.3. Acompañamiento de la tutora clínica en la progresión y autonomía en la resolución de problemas clínicos.

Desde el punto de vista estrictamente semántico, **acompañar** es *unirse con alguien para ir a donde él va al mismo tiempo que él*. Subyacentemente, acompañar se define como el proceso que dinamiza tres lógicas: relacional, espacial y temporal⁴⁶. La relacional es concebida como una conexión, como "unirse a alguien"; la espacial se refiere a un desplazamiento, a "ir a donde él va"; y la temporal tiene que ver con estar con el otro al mismo tiempo⁴⁷.

El **acompañamiento** por la tutora clínica, fue narrado en los discursos de las pasantes de enfermería, como la presencia de la enfermera, el **estar siempre con ellas**, explicándoles y aclarándoles cualquier duda que se les presentó durante su pasantía, por cada uno de los servicios de la institución.

...*"La segunda enfermera, fue la que **estuvo siempre conmigo**"...* (América E1).

*"Se tomaron el tiempo de **explicarme todo y estar ahí**, para cualquier duda...Estaba en **compañía** de otra enfermera".* (Europa E1).

*"Me decían, te vas a quedar con esta enfermera... **Siempre estaba** con una enfermera... **Me dijo que estaba bien, que si quería hacerlo que adelante** y acerqué las cosas y me dijo: si quieres yo aquí me **voy a estar a un lado tuyo**"...* (Asia E1)

*"Le solicité a la enfermera que si yo lo podía canalizar...y **ella me acompañó**...lo canalicé yo, pero **ella estuvo conmigo**".* (Sol E1).

Por otra parte, el término de "**Tutor**" fue acuñado en el siglo XV en Inglaterra; el diccionario de uso español "María Moliner" entre sus diferentes acepciones define el término de tutor como el profesor encargado de **orientar** más de cerca a un determinado grupo de alumnos y hacer de **coordinador** entre ellos y los demás profesores o los padres. En una investigación realizada por Siles et al⁴⁸, lo definen

como la **persona experimentada** que recibe la encomienda de participar en la **formación e inserción laboral de un joven aprendiz**, proporcionándole la **guía y apoyo** necesarios, animándole a realizar el trabajo de la forma que sea más positiva tanto para él como para quienes vayan a verse afectados.

...“Las enfermeras que cubren...Son como yo...**Aprendices**”... (América E1).

...“Ella **se encargaba de mí** y una duda, cualquier cosa ella me decía, y todo lo que ella me pudo enseñar...Yo creo que si **me lo enseñó**”. (África E1).

...“El personal siempre está dispuesto a **apoyarnos, a enseñarnos y ayudarnos** en lo que no sabemos o en lo que se nos pueda dificultar, que nos puede entrar una duda o algo; ellos están en la mejor disposición para **apoyarnos a nosotros**”...(Tierra E1).

Según Carrillo et al⁴⁹, son muchas las denominaciones, términos como mentor, counselling, coaching y tutor han sido utilizados de manera indiscriminada en la literatura enfermera, siendo el vocablo “**tutor**” el término más empleado para definir las funciones que se les atribuyen a las personas implicadas en el **acompañamiento, consejo, orientación y evaluación** de los alumnos y egresados durante su práctica clínica, para la obtención del título de Grado en Enfermería

En el caso de esta investigación, el término **tutor**, se aplicó a la enfermera clínica, ya sea la de más alta jerarquía o de mayor experiencia en cada uno de los servicios de la institución, así como a las enfermeras del área de gestión responsables de los pasantes de enfermería, que realizan una **función tutorial de acompañamiento** en el proceso **enseñanza-aprendizaje**, en el ejercicio y desarrollo de su pasantía, que coadyuve en la **formación holística** del futuro profesionalista de enfermería, tal como fue relatado en los discursos de las pasantes.

“Siempre me han dicho ¿quieres hacer esto? ¿nos ayudas en esto?, vamos a hacer tal cosa y se lo vamos a hacer así, **te explican y te van enseñando día a día** como hacer las cosas” (Asia E1).

...“Con **las tres enfermeras** tuve muy buena comunicación, **me ayudaban** mucho, igual yo a ellas, **cualquier duda me la aclaraban, me enseñaban** muchas cosas” (Oceanía E1).

...“El **personal es muy accesible** y te da la **oportunidad de aprender** todo lo relacionado con nuestra **profesión de enfermería**, lo que facilita la adquisición de **conocimientos** y capacidades para afrontar y **resolver problemas clínicos... he aprendido muchísimo, de cada una de ellas**” (África E1).

Según Abbagnano⁴³, el término **progreso**, se refiere a una serie cualquiera de hechos que se desarrollan en sentido deseable, por ejemplo el progreso de una técnica.

Por su parte el diccionario de la real academia española⁴⁴, define el vocablo **progresión**, como la acción de avanzar o de proseguir algo.

Para Cárdenas Becerril et al⁵⁰, **autonomía** significa que los practicantes de una profesión controlan sus propias funciones en el ambiente de trabajo, lo cual implica independencia, disposición a correr riesgos y responsabilidades de los propios actos, así como una autodeterminación y autorreglamentación.

“Creo que **el personal de enfermería** ya **sabiendo que eres pasante...Piensa que ya tienes mayor conocimiento** y **te empieza a delegar un poquito más de responsabilidad**”.(América E1).

Seago⁵¹, menciona que la **autonomía** puede ser sinónimo de independencia o libertad y que cuando se utiliza para referirse al trabajo individual, se entiende como la habilidad para tomar decisiones sin injerencia de terceros.

El **acompañamiento** de la tutora clínica en la **progresión y autonomía** para la resolución de problemas clínicos, por parte de las pasantes de enfermería, fue narrado en sus discursos, como el que **la enfermera que estuvo a cargo de ellas, le dio la confianza y las dejó hacer** en forma **gradual y al final solas**, las actividades en las situaciones de cuidado que se les presentaron durante su servicio social, pero **siempre** bajo su **acompañamiento y supervisión**, lo que se hace evidente en sus relatos.

...“Estuvieron muy **colaborativos**, te **explican paso a paso** y después **te dan la confianza** de hacer las cosas”. (América E1).

...“**Primero está alguien contigo**, después están **supervisándote** pero ya **te dan más la confianza**... Que te den la confianza, es sentirte agusto con la persona...**que te dejen hacer las cosas**, porque **ellos se dan cuenta que si sabes hacerlas**”... (Luna E1).

...“Hacer lo que ellas hacen y ayudarles y **ya te dan la confianza** y **te dicen tú te quedas con tu paciente**”... (ÁFRICA E1).

Con base a la **NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería**²⁰, en el Sistema Nacional de Salud, el **pasante de enfermería** está catalogado dentro del **personal no profesional** de enfermería, además indica que debido a su nivel de capacitación **debe ejecutar cuidados de baja complejidad delegados y supervisados por personal profesional de enfermería**, y su función primordial es de colaborador asistencial directo o indirecto de los profesionistas de la salud. Además señala que está **facultado** para **realizar intervenciones de enfermería interdependientes** y que estas son las **actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud**; se llaman multidisciplinarias y pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas y médicos, entre otros.

En concordancia con la NOM, los discursos de las pasantes de enfermería hicieron referencia a sus actividades y funciones en forma interdependiente, sobre todo en compañía de las enfermeras que estuvieron a cargo de ellas.

“Me ayudó una enfermera. **En colaboración con la enfermera**, ella me iba diciendo, primero yo la observaba y después me dijo que si yo quería hacerlo”... (Asia e1).

...“**Yo le hacía los cuidados**, aplicaba medicamentos, si tenía que cambiar soluciones se lo hacía y **al último ella me firmaba que estaba de acuerdo de que yo lo había hecho bien**, y **firmábamos las dos**”. (África E1).

“Cuando lo recuperé, **la enfermera estaba conmigo** pero **yo le estaba haciendo todo**, ella nada más estaba allí **por si algo se me pasaba**...pero no me faltó nada”... (Luna E1).

Lo anterior coincide con la filosofía de Benner¹⁵, quien señala que es mejor asignar una enfermera recién graduada a una enfermera competente que le podrá explicar la práctica enfermera de modo que la principiante pueda comprenderla y aprender de las situaciones reales, que le permitan transitar hacia un estadio de competencia y autonomía, para el ejercicio de una práctica reflexiva, que se traduzca en el otorgamiento de un cuidado profesional de enfermería, en forma holística. Lo que a su vez coincide, con los discursos de las pasantes de enfermería, desde la significación implícita otorgada a la enfermera clínica, como tutor, guía, apoyo y asesor, puesto que fue ella, quien desarrolló esa tutoría hacia las pasantes, desde sus inicios, en la integración al contexto clínico de los servicios del Hospital, donde realizaron su servicio social.

*“Al inicio siempre estar **supervisada**... Siempre **estar preguntando** y nunca dejar de informarte, y una vez que ya tienes el conocimiento, involucrarte más...y cuando te empiezas a involucrar, ellos también se involucran contigo, **queriéndote enseñar**” (América E1).*

*...“Las dudas que tenemos, **si yo pregunto tengo respuesta** y sé que hay **apoyo** por esa parte con el personal, y que está en la mejor **disposición de enseñarnos** lo que nosotros queramos, siempre y cuando haya iniciativa de nosotros también” (Tierra E1).*

De acuerdo a Donald Schön¹⁴, los estudiantes aprenden mediante la práctica de hacer o ejecutar aquello en lo que buscan convertirse en expertos, y se les ayuda a hacerlo así por medio de otros prácticos más veteranos que les inician en las tradiciones de la práctica. Los estudiantes aprenden haciendo y sus instructores funcionan más como tutores que como profesores. El paso gradual hacia la convergencia de significados es mediado por un diálogo entre el estudiante y el tutor, en el que la descripción de la práctica se entremezcla con la ejecución; y las complejas formas de interacción entre los estudiantes y sus tutores tienden a conformar unos modelos básicos, cada uno de ellos ajustado a los diferentes contextos y tipos de aprendizaje.

Modelo que coincide con los resultados obtenidos en los discursos de las pasantes de enfermería, puesto que mencionaron que al llegar a cada uno de los

servicios donde desarrollaron su pasantía, siempre estuvieron a cargo de la jefa o de alguna enfermera con mayor experiencia, la cual fungió como tutora en el proceso enseñanza aprendizaje en la introducción a la práctica profesional de enfermería, y que iba progresando conforme al tiempo transcurrido y a las experiencias y habilidades adquiridas en el cuidado hacia los pacientes, y que finalmente se tradujo en una progresión y autonomía en la resolución de los problemas clínicos, al permitírseles intervenir directamente en cuidados como, preparación y aplicación de medicamentos, canalizar, aspiración de secreciones, lavar traqueostomías, y preparar y administrar soluciones calculadas, entre otras.

*...“**Nos asignan con la jefa del área...la jefa me asigna con alguna enfermera y me indica que la voy a apoyar o voy a estar todo el día con ella**”... (Europa E1).*

*“Al principio **cuando recién llegué me enseñaron todo** lo que se ocupaba para llevar a cabo esa acción y ya **después lo preparaba yo sola**...y me dejaban sola...porque ya sabía que era lo que necesitaba...De poder hacer algo sin necesidad de hacerlo con la enfermera, ya no estaba la enfermera siempre detrás de mí, **yo lo podía hacer más independiente**”... (Sol E1).*

*“**Las enfermeras valoran el tiempo** que llevas en el servicio **para hacer ciertos cuidados**...Canalizar fue lo único que no hice, porque otros cuidados **como: ayudar a bañar, alimentar, aplicar medicamento, lavar traqueostomías, aspirar por boca, traqueostomía y nariz, cambios de posición, curaciones, lavados orales, todo eso si lo hice**” (América E1)*

Por su parte Bardallo³, en su tesis doctoral, coincide con el Modelo de Schön¹⁴, y con las narrativas de las pasantes de enfermería, al respecto de que pensar la función tutorial desde la complejidad, ayudará a que los futuros profesionales se formen bajo el paradigma complejo, facilitando la organización del pensamiento en redes integradoras de los diferentes saberes, frente al saber fragmentado y lineal auspiciado por el pensamiento positivista y que desde esta mirada, el proceso de enseñanza-aprendizaje, adquiere un nuevo sentido, donde el aprendizaje implica una reconstrucción, por parte del sujeto, de saberes y conocimientos que se inscriben en su proyecto personal y con los que establece una relación significativa que contribuye a su desarrollo profesional.

Dentro de los resultados de la tesis de Bardallo³, emergieron las categorías: percepción del logro, constituida por los aprendizajes tanto relativos a la cantidad, como a la calidad de los nuevos conocimientos y la tutora clínica como sistema de apoyo y acogida al estudiante, la que se integró con manifestaciones del estudiante, relativas a la importancia que concede a la tutora clínica, como sujeto que introduce y le da soporte en la experiencia del aprendizaje de la práctica profesional.

Categorías que se corresponden con la categoría: acompañamiento de la tutora clínica en la progresión y autonomía en la resolución de problemas clínicos, que surgió en esta investigación, la cual se constata en los discursos de la mayoría de las participantes, al relatar que las enfermeras en un inicio les mostraron como estaba constituida cada área de trabajo y poco a poco las empezaron a dejar hacer más actividades, y que ello dependía de la valoración sobre el tiempo que llevaban en cada servicio, además de la observación de las ganas de trabajar e interés que demostraran en la práctica clínica, y que de esta manera iban integrando, aplicando y perfeccionando los saberes teóricos y prácticos en el cuidado directo al paciente, en las distintas áreas del hospital.

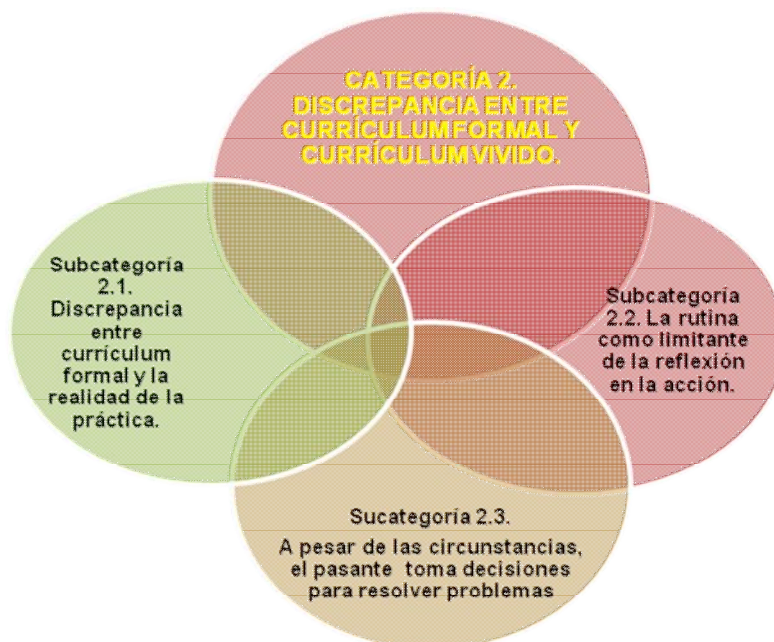
*...“Las enfermeras encargadas, me **enseñaron** primero como estaba conformada el área, su material y equipo y poco a **poco me empezaron a dejar hacer más actividades**” (América E1).*

*“**Yo hacía las cosas sola, pero ella estaba conmigo...** Yo me sentí muy agusto porque **me dejaban hacer las cosas**, claro a lo mejor al principio como todo **te supervisan para ver si de verdad haces las cosas bien**”... (Tierra E1).*

*“**Vas integrando todo lo que vas aprendiendo y lo vas aplicando y perfeccionando**; a veces que llego y **me preguntan sabes hacer esto**, sabes hacer lo otro, y **yo ya puedo decir que sí...** Allí **me daban más libertad de quedarme con un paciente**, desde recibirlo, hasta entregarlo”... África E1).*

De igual manera en los resultados de la investigación de Galicia et al⁵²., se identificó la participación de la enfermera clínica en la acción tutorial a través de la observación, asesoría y apoyo, lo que determina las oportunidades de los alumnos de intervenir en el trabajo clínico; lo que coincide con los discursos anteriormente

narrados por las pasantes de enfermería, en los que emergieron significados claramente definidos, donde le otorgaron a la tutora clínica, un papel preponderante en el desarrollo de su pasantía, donde la interacción continua, positiva y propositiva con ella, les permitió adquirir saberes teóricos y prácticos e integrarse en forma gradual a un contexto laboral altamente complejo para el ejercicio de la profesión de enfermería.



Categoría 2. Discrepancia entre currículum formal y currículum vivido

El Diccionario de la real academia española⁴⁴, define el término **discrepancia** como la diferencia y desigualdad que resulta de la comparación de las cosas entre sí.

El **currículum** es definido como el conjunto de procesos de formación política y sociocultural contextualizados en el medio del educando y el mediador, previamente diseñados, flexibles y coherentes con el direccionamiento estratégico de la escuela y las necesidades de los sujetos partícipes en la práctica pedagógica⁵³.

Díaz Barriga⁵⁴, señala que el concepto de **currículum** ha adquirido una multiplicidad de sentidos y significados, de tal modo que el término solo puede acotarse acompañado de un adjetivo; entre algunos de los adjetivos que han logrado enriquecerlo y otorgar un matiz significativo y relevante en la construcción de significados están: formal, vivido, oculto y procesual. Todos estos, a decir de este autor, de alguna forma permiten comprender un sentido de lo curricular que rebasa a quienes pretenden definirlo.

El **currículum formal**, o propuesto, concibe la planificación del proceso de enseñanza-aprendizaje desde un enfoque teórico determinado, establece su estructuración metodológica en cuanto a fines, recursos, técnicas y condiciones contextuales académicas, administrativas e institucionales⁵⁴.

El **currículum real, vivido** o en acción corresponde a la puesta en práctica del currículo formal con las inevitables y necesarias modificaciones que requiere la contrastación y ajuste entre un plan curricular y la realidad del aula, de tal forma que el currículum real encuentra su razón de ser en la práctica educativa, donde se conjugan el capital cultural de docentes y alumnos, y los requerimientos del currículum formal, que se expresan en formas diversas de apropiación de conocimientos, habilidades, actitudes y destrezas, teniendo como punto de partida la exposición del individuo al proceso educativo⁵⁴.

El currículum formal, tal como fue señalado por las pasantes de enfermería en sus discursos, se refiere a la forma en que les fueron transmitidos los saberes teóricos en la Escuela de Enfermería, y a su vez el currículum vivido lo describieron y lo asociaron con la práctica profesional, con las habilidades y destrezas que adquirieron en el ámbito hospitalario y que vivenciaron durante su servicio social, pero que sin embargo, ambos currículum se encuentran en discrepancia, de acuerdo a lo narrado en sus discursos.

*“Es muy diferente la escuela a estar aquí, más que nada porque en la escuela lo miras todo teóricamente, y aquí ya lo pones en práctica, y **muchas veces lo que te dicen en la escuela, no se hace igual o parecido a como se hace aquí en el hospital**”...(Oceanía E.1).*

...“Nosotros **salimos a lo mejor con conocimientos teóricos, pero la práctica no es la misma a venir aquí** y ver a un personal que tiene casi la mitad de su vida trabajando ya con pacientes”... (Tierra E1)

En esta categoría emergieron las subcategorías: Discrepancia entre el currículum formal y la realidad de la práctica, la rutina como limitante de la reflexión en la acción, y a pesar de las circunstancias, el pasante toma decisiones para resolver problemas.

Subcategoría 2.1 Discrepancia entre el currículum formal y la realidad de la práctica.

La **realidad** en su significado propio y específico, el término designa el modo de ser de las cosas, en cuanto existen fuera de la mente humana o independientemente de ella⁴³.

Schön¹⁴, señala, que una **práctica** profesional es la competencia de una comunidad de prácticos que comparten las tradiciones de una profesión y convenciones de acción que incluyen medios, lenguajes e instrumentos distintivos. Y funcionan en el marco de instituciones de un tipo muy particular: por ejemplo, los juzgados, las instituciones educativas, los hospitales y las empresas.

En el caso de Medina¹, la noción de **práctica** se inserta en el ámbito de interacción entre las personas, la cual requiere un tipo particular de acción que se identificaría de la acción manual o técnica de los artesanos y que Aristóteles denominaba práctica. Esa acción no constituye una acción objetiva, esto es, sobre un objeto o sobre una persona que haya sido objetivada, es una acción subjetiva, es decir, la acción de un sujeto que actúa con otro sujeto. Para Aristóteles, el conocimiento técnico no es suficiente para la comprensión y mejora del ser humano.

Por su parte Benner¹⁵, define a la **práctica** como un esfuerzo colectivo, pero sin embargo estos esfuerzos colectivos deben ser comprendidos por los profesionales

de forma individual desde una perspectiva del saber práctico, el arte, la ciencia y la moral.

La discrepancia entre el currículum formal y la realidad de la práctica, fue concebida por las pasantes de enfermería, como la desvinculación entre el saber teórico adquirido en la Escuela de Enfermería y el saber práctico indispensable en la adquisición y aplicación de habilidades y destrezas en el otorgamiento del cuidado enfermero, que se les exige en el Hospital durante su servicio social, relatado por ellas como el que en la escuela de enfermería les enseñan alguna técnica y en el hospital se realiza de otra manera, además de contar con muy poca práctica, cuando egresan, evidenciándose en los siguientes discursos:

*“En la Escuela te dicen que la sábana no la debes de levantar para que no se contamine con bacterias y aquí tiendes la cama como sea y la levantas y **ya no es una técnica como a ti te la enseñaron allá**”.... (Asia E.1)*

*“**En la escuela es una cosa, es teoría y llevar a la práctica todo, es donde nos capacitamos realmente en el hospital, porque en la escuela es sólo teoría, y muy poca la práctica**”... (África E.1).*

Lo anterior también evidencia la formación universitaria, de la que Schön¹⁴, hace referencia respecto al predominio del conocimiento sistemático y racional técnico, más que a una práctica reflexiva, en la que se incorpore el arte de la reflexión en la acción, en la resolución de problemas clínicos que se les presenten a los pasantes de enfermería en su servicio social, para el otorgamiento de un cuidado integral.

Es preciso enfatizar que algunas pasantes de enfermería, señalaron en sus discursos que son licenciados, pero no tienen práctica y que eso es lo que les hace falta para concluir su carrera, lo que hace evidente el significado importante que le otorgaron al hecho de contar con suficiente práctica en una Disciplina como la Enfermería, lo que es congruente con lo mencionado por Benner y Wrubel¹⁵, quienes consideran a «la enfermería como la **práctica del cuidado**, cuya ciencia sigue una moral y una ética del cuidado y la responsabilidad»

*...“Somos licenciados pero **no tenemos la práctica...** y es lo que **nos faltaba para concluir la carrera**”. (África E.1).*

Benner y Wrubel¹⁵, además indican que la **práctica enfermera abarca el cuidado y el estudio de las experiencias vividas** con respecto a la salud, la enfermedad, el malestar y las relaciones entre estos elementos. **La experiencia particular permite aprender** las excepciones y **los significados confusos de una situación. El conocimiento implícito en la práctica descubre e interpreta la teoría**, la precede y extiende, la sintetiza y adapta a la práctica del cuidado enfermero.

Por su parte Bardallo³, señala que la **realidad de la práctica** en la formación práctica en **escenarios reales**, ha de proporcionar al alumno la oportunidad de encontrarse ante situaciones desconocidas y cambiantes que estimulen su curiosidad intelectual y le **faciliten la construcción** de ese **conocimiento tácito** profesional que necesitará en el futuro. Esto será factible cuando el alumno capte el proceso de pensamiento y los criterios que sustentan el desarrollo de la acción práctica “*experta*”. Es este tipo de **conocimiento el que permite la comprensión del contexto de actuación y la resolución de problemas y dilemas prácticos**.

La **realidad de la práctica** mencionada en la tesis de Bardallo³, se relaciona con la narración de una parte del discurso de la pasante de enfermería Sol, respecto a la reflexión y comprensión del desarrollo de la práctica profesional en un escenario real como es el Hospital y la discrepancia con la formación recibida en la escuela.

*...“Yo **creo que no es la realidad**, porque realmente **en la escuela no se puede practicar tanto, se lleva mucha teoría pero es muy diferente a la práctica...** **Más práctica** porque **ello le da seguridad al alumno** y se llega acá y **no se tiene que empezar casi de cero**, de que le enseñen casi todo... **si es muy diferente aquí** y hay muchísimas cosas que no se”... (Sol E1)*

Los anteriores discursos de las pasantes de enfermería, coinciden con lo expresado por Francisco del Rey⁵⁵, en su tesis doctoral, en la que destaca lo señalado por Schön respecto a la existencia de una **discrepancia entre las teorías** explícitas que se desarrollan a lo largo del proceso de formación e

implícitas en la **posterior práctica profesional** o en el ámbito del **aprendizaje práctico**.

Francisco del Rey⁵⁵, subraya además que desde la escuela se les pide a los estudiantes que lleven a cabo un aprendizaje reflexivo con los conocimientos teóricos aprendidos en el aula como marco de referencia para las acciones, sin embargo esta **realidad, tan diferente y, a veces, contradictoria** durante el periodo de formación, provoca en los estudiantes una confusión al vivir dos realidades tan diferentes sobre un mismo fenómeno, y que frecuentemente les resulta difícil comprender la importancia de algo —**lo teórico**— **que no se aplica en la práctica**, lo que lleva a una consideración del marco teórico como “**algo de la escuela, el hospital es otra cosa**”. Lo que a su vez coincide con los resultados obtenidos, en los cuales las pasantes de enfermería manifestaron que muchas veces lo que les enseñan en la escuela, no se hace igual en el hospital.

*“Hay veces que **en la escuela** nos decían: **tal práctica se hace así**, y muchas ocasiones **no se hace como se nos dice**, como que **en la escuela es una cosa y aquí es otra**”... (Europa E.1)*

En el mismo orden de ideas, los resultados de la investigación de Pedroso et al⁶, indican que entre las dificultades del proceso de formación para la inserción en el mercado laboral, el principal aspecto mencionado por los graduados fue la **discrepancia entre la realidad de un Hospital universitario y la realidad de otras instituciones**, tanto públicas como privadas que posiblemente vendrá a ser el lugar de trabajo para los graduados. Lo que a su vez se corresponde con Barrón⁵⁶ quien señala que en las últimas décadas cada vez es más frecuente la **desarticulación** entre las **necesidades del mercado laboral y la formación que ofrecen las instituciones**, lo que quedó evidenciado en los relatos de las participantes, América y de África:

*“Se van **mucho a lo teórico** y **muy poco a lo práctico** y **llegamos aquí y no sabemos hacer varias actividades**” (América E.1).*

“Nos piden en el perfil que salgamos capacitados para llevar a cabo lo que es la práctica de enfermería y sinceramente no salimos capacitados de la escuela”. (África E.1).

Y es a través de estos discursos, donde se hace evidente el fenómeno de estudio, motivo de esta investigación, puesto que el Plan de estudios de la carrera de Licenciatura de Enfermería, contempla que en el perfil de egreso, el profesionalista debe desarrollar la competencia de resolver problemas propios del cuidado con sentido crítico, para que ofrezca una práctica profesional reflexiva que impacte su calidad, pero sin embargo al realizarse una evaluación interna al currículo se identificó que **el egresado no responde al perfil laboral establecido**⁴, tal como fue narrado por las pasantes.

Al respecto Shön¹⁴, advierte que los docentes expresan su insatisfacción ante un currículum profesional que no puede preparar a los estudiantes para adquirir su competencia en aquellas zonas indeterminadas de la práctica, lo que se confirmó con los resultados obtenidos en los discursos de las pasantes de enfermería anteriormente expuestos, y que no obstante el rediseño del currículum con base a estudios de mercado laboral y seguimiento de egresados de la carrera de Licenciatura en enfermería, actualmente persiste la **disociación teoría-práctica**, lo que convierte al **servicio social** en una experiencia académica **desvinculada entre dos mundos, el académico y el asistencial**.

En el mismo sentido Camacho¹⁰, subraya, en su estudio: que *“en la actualidad los modelos de enseñanza que predominan en las instituciones educativas, se encuentran en una **discrepancia entre el discurso en las aulas, los planes de estudio y la realidad de la práctica clínica** en donde prevalece una ideología caracterizada por la racionalidad técnica”,* lo que ha dado como resultado egresadas/os poco reflexivas/os y con débil identidad con la disciplina de Enfermería², tal como lo refiere Europa en su discurso.

...“Algunas cosas en realidad... No son como las miré de lo teórico a la práctica”... (Europa E1).

En el mismo orden de ideas en su teoría Meleis¹⁷, define un enfoque de conocimiento silencioso, en el cual **no se reflexiona ni se articula la práctica con la teoría**, de manera que el conocimiento que se genera de la práctica cotidiana no es referido a un cuerpo del saber en Enfermería.

Al respecto, es preciso hacer mención, que desde todas épocas de la historia de Enfermería, el problema de la articulación teoría- práctica, ha estado presente en la práctica profesional de enfermería generación tras generación, lo que quizás se deba a que se ha minimizado el saber práctico como un tipo de conocimiento científico, que aporta a la disciplina de enfermería y sólo se le ha reducido a un saber hacer técnico e instrumental, sin bases científicas, lo que ha ocasionado esa disociación entre los dos saberes: teórico y práctico, que señalaron las participantes África y Tierra en parte de sus discursos:

*...“Yo **no me sentía tan segura** porque **una cosa es hacerlo en la escuela y otra en el hospital**”... (África E1)*

*...“**La escuela nos da bases para todo, pero es muy diferente estar con un paciente**”... (Tierra E1).*

Por su parte Avendaño y Parada⁵³, señalan que la enseñanza es un factor clave y crítico en el desarrollo de la sociedad, toda vez que debe formar a los futuros ciudadanos y científicos que se enfrentarán a los **problemas de la realidad** con una comprensión de estos a partir de perspectivas tanto actuales como históricas y además enfatizan que el **currículo no puede estar sostenido sobre supuestos sino sobre certezas**, necesidades y aspiraciones de seres humanos reales, por lo que responde, inevitablemente, a una reproducción cultural de los sujetos de aprendizaje.

Para ello es muy importante que exista **congruencia entre la realidad de la práctica clínica y la realidad áulica, en los discursos docentes y en los planes de estudio**, ya que estos últimos son la vía de transmisión directa de los conocimientos, valores, actitudes y principalmente de una filosofía del cuidado entre docentes y alumnos en el proceso formativo. De ahí se espera que los nuevos profesionales crezcan de manera reflexiva, que construyan una identidad

profesional congruente a su formación y sean en sentido estricto profesionales críticos, analíticos de su realidad, reflexivos de su práctica profesional para transformarla permanentemente⁹.

Subcategoría 2.2 La rutina como limitante de la reflexión en la acción

De acuerdo al Diccionario de la real academia española⁴⁴, **rutina** se refiere a una costumbre inveterada, hábito adquirido de hacer las cosas por mera práctica y sin razonarlas.

El mismo diccionario define el término **limitar**, al hecho de imponerse límites en lo que se dice o se hace, con renuncia voluntaria o forzada a otras cosas posibles o deseables⁴⁴.

Para Dewey, la **reflexión** es el examen activo, persistente y cuidadoso de toda creencia o supuesta forma de conocimiento a la luz de los fundamentos que la sostienen y las conclusiones a las que tiende. Schön¹⁴, concibe la **reflexión** como aprendizaje desde los eventos e incidentes experimentados durante la práctica profesional.

En el caso de las pasantes de enfermería, que inician su servicio social en alguna institución de salud, su participación en la mayoría de las veces, se dirige y se centra hacia las actividades y funciones propias de cada servicio, que consideran rutinarias debido a la falta de saberes teóricos y prácticos, lo que las limita a reflexionar el para qué, o para quien, se está realizando esa actividad o función, como bien lo narraron América y Asia, en parte de sus discursos.

*...“Llegaba rápido recibiendo el carro rojo, e inmediatamente a preparar el medicamento, de ahí rápido a bañarlos, entonces ya **era una rutina**”... (América E.1).*

*...“¿Mi **rutina**? Llegar a quitar todos los equipos de aspiración, lavar el área de trabajo y las soluciones, colocas más soluciones y completas cuatro o cinco de cada una, después preparaba los equipos de aspiración, los de aseo y se los llevaba a cada paciente” (Asia E.1).*

La reflexión en la acción de acuerdo a Schön²³, se refiere a reflexionar en medio de la acción sin llegar a interrumpirla. En una *acción presente*, un período de tiempo, variable según el contexto, durante el que podemos todavía marcar una diferencia con la situación que tenemos entre manos, nuestra acción de pensar sirve para reorganizar lo que estamos haciendo mientras lo estamos haciendo. En casos como éste, estamos reflexionando *en* la acción.

Para las pasantes de enfermería, la rutina como limitante de la reflexión en la acción, se refiere a realizar una serie de actividades rutinarias diarias, que las limitan a reflexionar sobre el cuidado que proporcionan al paciente, mientras lo están otorgando, como es relatado por algunas de las participantes.

“En todas las áreas por lo regular en las mañanas se hace lo mismo, que es recibir, carros rojos, cambiar hojas y todo eso”...África E1).

...“Son las mismas actividades casi siempre llegas: carro rojo, medicamento, bañamos, damos desayuno, medicamento de la tarde, toma de signos vitales, es algo que lleva cierto orden”... (América E.1)

Siles et al⁴⁸, señalan que la **reflexión en la acción** es un instrumento que permite a los alumnos tomar conciencia de sus problemas de aprendizaje y permite identificar su naturaleza, causas y posibles soluciones y que desde los presupuestos de la “reflexión en la acción”, los profesionales y los estudiantes analizan los pensamientos que se derivan de sus acciones en la práctica. Esta es la principal característica del pensamiento práctico y constituye un importante núcleo de reflexión para solucionar los problemas que surgen de forma imprevista.

Al respecto de lo señalado por Schön¹⁴ y Siles⁴⁸, sobre la reflexión en la acción por las pasantes de enfermería, esta no se incorpora en el otorgamiento del cuidado, sobre todo al inicio de su pasantía, puesto que aún se encuentran inmersas en una serie de rutinas, que les impiden reflexionar sobre lo que están haciendo y para qué lo están haciendo, lo que permitió detectar que no incorporan la práctica reflexiva del cuidado en su ejercicio profesional, como se evidencia en los siguientes discursos.

...“Era de tomarle los signos vitales, retirarle la orina, realizarle aseos y cosas así...Cada hora le tomaba los signos vitales, **le hacía lo mismo**”... (Asia E.1).

“Llegaba y llenaba las hojas de enfermería antes de irme con los pacientes, después me iba a tomar signos vitales, casi se los tomaba a todos los pacientes, posteriormente ya que estaban los medicamentos preparados, iba y aplicaba los de las ocho, los de las nueve... Hacía notas de enfermería a veces, y tomar signos vitales nuevamente” (Sol E1).

García Galindo¹¹, en su tesis menciona que *“En la actualidad dentro de la práctica se han observado acciones gobernadas por un actuar rutinario, en el que seguramente existen diferentes factores determinantes como lo son los institucionales o bien de tipo personal (formación académica y de personalidad), lo que crea barreras al profesional de Enfermería para actuar reflexivamente”*, situación que se vio reflejada en los discursos de las pasantes de enfermería, al señalar la serie de actividades, que desarrollaron en su servicio social en las que se puede apreciar ese actuar rutinario que señala la autora y lo que preocupa se refiere al hecho de que la toma de signos vitales, sea considerada por la mayoría de ellas como un cuidado rutinario, lo que revela que las actividades rutinarias limitan la reflexión de lo que se hace y para que se hace, en el ejercicio profesional de la pasantía de enfermería, para el otorgamiento de un cuidado holístico.

*“Me he dado cuenta que en...Todos los días, casi siempre es lo mismo, son **cuidados rutinarios**, creo que a lo mejor se podrían hacer otras cosas, pero no se hacen, casi siempre se hace lo mismo...**Los signos vitales siempre se toman, eso es rutinario**”* (Oceanía E1.)

Estos resultados coinciden con un estudio realizado por Ledesma y Rino⁵⁷, respecto a la categoría central: acciones de cuidado rutinario, en la que señalan que la investigación de las necesidades y condiciones de los pacientes, basada en el tratamiento médico, es realizada como acciones de cuidado rutinario y constataron que las actividades de enfermería junto al paciente focalizaban los procedimientos y rutinas establecidos, sin haber referencia a los fundamentos teóricos, y que además estas acciones se orientaron principalmente a la atención física del paciente, siguiendo la prescripción médica, centrados en la recepción y

entrega de turno, administración de medicamentos, toma de signos vitales y registros clínicos de enfermería.

Resultados que a su vez concuerdan con las experiencias relatadas por las pasantes de enfermería, quienes señalaron además como parte de sus actividades diarias, el realizar la limpieza del área de trabajo, recibir carro rojo, bañar al paciente, retirar diuresis, proporcionarle al médico lo que necesita, lavar y preparar material y equipo, llenar y cambiar papelería y surtir material, que sin duda este tipo de actividades también forman parte del cuidado enfermero indirecto, pero sin embargo limitan al pasante a reflexionar y a cuestionarse sobre la función sustantiva y de cuidado directo al paciente. Lo que compete a las pasantes de enfermería, no es tanto que dejen de realizar ese tipo de actividades, sino que valoren y reflexionen porqué y paraqué las están haciendo, que transformen la rutina por un significado profesional y científico, que impacte la calidad del cuidado otorgado, evidenciándose lo anterior, en los siguientes relatos:

*...“Y cuando llegó otra **enfermera, me dijo que allí por lo regular los pasantes llegaban limpiando el área de trabajo** y yo le dije que estaba bien, que como ya la habían limpiado ese día, que al día siguiente lo iba a hacer **y todos los días llegaba y hacía eso, llegaba y limpiaba el área de trabajo**”... (Asia E.1).*

*...“**Si el médico decía tráeme un medicamento, yo iba por él y se lo pasaba, uno se los pasa y ellos saben en cuanto pasárselos al paciente...** Y ya después me enfocaba en la nota”... (Luna E1).*

Similares resultados son los que Galicia et al⁵², mencionan sobre el trabajo clínico orientado a la eficiencia técnica y a las habilidades mecánicas que se convierte en un sistema de **producción en serie**, en donde se le otorga una posición privilegiada a la realización de las actividades, al **cumplimiento de órdenes**, y esto, como organización del trabajo humano es, posiblemente, uno de los factores más característicos de masificación del hombre, ya que exige de él un comportamiento **mecanizado por la repetición de un mismo acto**, con el que realiza solo una parte de la totalidad de la obra.

...**“Tráeme este medicamento, tráeme gasas, lo que se ocupe para el momento de intervenir al paciente y de acostumbrarte y adaptarte con los enfermeros”...** (Asia E.1).

“Nosotros entramos a las 7 de la mañana, llegamos, hacemos la limpieza y surtimos los carritos y todo lo de allí, pero llega un momento en el que estás libre...Trataba de ver que hacer...Me tocaba pasar la clorhexidina para que hicieran la asepsia”... (Luna E1).

El modelo de Schön²³, propone una nueva Epistemología de la práctica opuesta totalmente a la visión positivista de acción racional, donde el profesional no actúa siguiendo la lógica instrumental de la racionalidad técnica, sino al contrario el profesional es un práctico reflexivo cuya acción se funda en un conocimiento práctico y tácito que se activa durante la acción y en el cual pueden, sobre todo a efectos heurísticos, distinguirse tres componentes: *conocimiento en la acción, reflexión en la acción y reflexión sobre la reflexión en la acción.*

Con esta nueva visión transformadora de la práctica profesional en el proceso formativo de los pasantes de enfermería, de una particularmente técnica a una reflexiva, se contribuiría a incorporar en el futuro profesionalista un pensamiento crítico y creativo indispensable para la resolución de problemas clínicos, en concordancia con su nivel profesional y perfil de egreso que la sociedad necesita.

Subcategoría 2.3 A pesar de las circunstancias el pasante toma decisiones para resolver problemas

El Diccionario de la real academia española⁴⁴, define el término **circunstancia**, como el conjunto de lo que está en torno a alguien; el mundo en cuanto mundo de alguien. Y que de algún modo está influido por una situación ocasional.

La **toma de decisiones** es definido por Standing⁵⁸, como un proceso complejo de información, participación, pensamiento crítico y evaluación, aplicando los conocimientos, habilidades de resolución de problemas, reflexión y juicio clínico

para seleccionar el mejor curso de acción que optimice la salud del paciente y reduzca al mínimo cualquier daño potencial.

González et al⁵⁹, señalan que el proceso de **toma de decisiones** lleva a una conclusión informada y está apoyado por la evidencia y las razones (Potter y Griffin, 2000); y además, es considerado como un punto final del pensamiento crítico que conduce a la solución de problemas.

Las acepciones referentes a la toma de decisiones, señaladas por Standing y González et al, se corresponden claramente con los discursos de varias de las pasantes de enfermería, los cuales se mencionan a continuación:

*...“Lo que yo hice fue **ir con la enfermera** que estaba a cargo de ella y **le comenté para que ella viniera**, la observara y que me dijera si en realidad era alguna reacción, si era lo que yo estaba observando, y si fue, **si estaba en lo correcto**”... (Tierra E1).*

*“Cuando tenían heridas quirúrgicas y que las cubrían con un apósito con una gasa fijada con micropore, **si yo se lo miraba muy sucio, con sangre o mojado se los cambiaba y les limpiaba con clorhexidina**”... (Sol E1).*

Las circunstancias que rodean a las pasantes de enfermería, en la toma de decisiones para resolver problemas, se refirieron a cualquier situación de cuidado que se les presentó en el ejercicio y desarrollo de su pasantía, desde observar algo en algún paciente y no saber qué era lo que estaba ocurriendo, hasta tomar la decisión de avisarle a la enfermera o al médico de esa observación, y que a pesar de no contar con los suficientes conocimientos teóricos y prácticos, resolvieron de alguna manera el problema clínico presente en el paciente, para el otorgamiento de un cuidado eficiente, tal como es evidenciado en los siguientes relatos de algunas de las participantes.

*...“El momento en el que un **paciente** de pronto **empezó a cambiar de coloración y fui rápido a hablarle a la enfermera e hice lo que tenía que hacer**”... (América E.1)*

...“Informaba todo lo que detectaba que no estaba normal...E informaba al médico que el paciente estaba presentando hipertermia y que no había presentado”... (Europa. E.1)

Barbero et al⁶⁰, en su investigación, indican que la **toma de decisiones** es una **práctica diaria de todos los seres humanos** y que los criterios que se utilizan se conforman en base a diversas circunstancias como experiencias pasadas, modelos cotidianos o incluso inercias nunca cuestionadas, pero sin embargo, en el ámbito clínico, debe exigirse un **quehacer crítico** a la hora de discernir los procedimientos y criterios óptimos para la toma de decisiones, requiriéndose **análisis y juicios efectivos** y ágiles, no solo por la relevancia habitual de las decisiones, sino por lo cambiante que son muchos de los factores intervinientes, y además señalan como parte de ese proceso, el establecimiento de un diagnóstico, identificación y jerarquización del problema, identificación de valores en conflicto, estudio de los cursos de acción y toma de decisiones entre otros .

Resultados que coinciden en algunos aspectos, con lo señalado en los discursos de las pasantes de enfermería, las que hacen referencia principalmente a la identificación del problema, información hacia la enfermera de mayor jerarquía, y toma de una decisión.

*“En una ocasión me tocó que **un niño tenía 38.5°C** de temperatura y **primero iba y le decía a la jefa** y **si no estaba la jefa, iba y les informaba a los residentes**”... (Asia E.1)*

*“Cuando puse un medicamento y al ratito, voltee y miré que **el metriset estaba de un color diferente** y cuando yo puse el medicamento no estaba así y fui y **le dije a la enfermera que no me gustaba el color**, y me explicó y me dijo, **pues yo no sabía**”... (Oceanía E1).*

González et al⁵⁹, señalan que no es muy frecuente encontrar en los egresados las competencias profesionales plenamente desarrolladas, que permitan brindar con alta calidad los cuidados que se esperan de ellos y que si bien se reconoce que los factores o **circunstancias** que inciden en este resultado **van más allá de la formación académica**, ya que tiene que ver con aspectos sociales, económicos y políticos entre otros, las instituciones educativas deben centrar su atención en

promover un mayor desarrollo de habilidades y destrezas que permita a los alumnos enfrentar problemas complejos, mediante la toma de decisiones efectivas y eficaces.

Así tenemos que cada pasante de enfermería, se va a enfrentar a las diversas circunstancias que se le presenten en el cuidado hacia el paciente, dependiendo para ello, además de su formación académica previa, el contexto en el que se encuentre realizando su servicio social y su propia historia de vida, que en su conjunto le facilitarán u obstaculizarán esa toma de decisiones para la resolución de los problemas clínicos, situaciones que se evidenciaron en sus relatos.

“Si observabas algo, aunque no fuera tu paciente, lo informabas o ibas y lo solucionabas y se lo comunicabas a la enfermera a cargo del paciente”. (Europa E.1).

...“Yo sentí que estuvo bien que yo tomara esa decisión de ir a decirle lo que estaba pasando” (Tierra E1).

... “Si tiene indicado paracetamol por razón necesaria, me fijaba y le informaba a la enfermera que el paciente tenía hipertermia, que tenía indicado medicamento y que si se lo administraba”... (Sol E1).

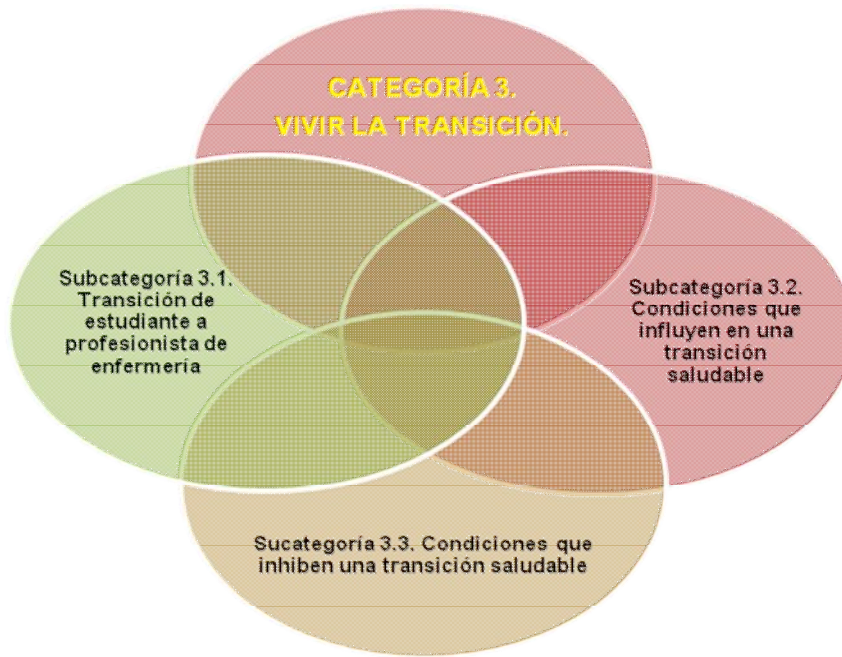
En el mismo orden de ideas Morán Peña⁶¹, menciona en su artículo, la importancia que tiene la **toma de decisiones clínicas** y que es un **proceso en el que la enfermera no decide sólo por decidir**, sino porque **hay una intencionalidad**, pues el cuidado enfermero implica una manera de **sincronizarse con el paciente** en tanto que la enfermería es una disciplina humana, y es muy importante que en esa interacción las personas y **sus cuidadores**, así como los demás integrantes del **equipo de salud**, comprendan el significado de sus acciones, además señala que la enfermera identifica desde una **perspectiva holística** los problemas presentes así como los que potencialmente se podrían generar, y con base en ellos toma decisiones clínicas, siempre en comunicación e interacción con el paciente, consideraciones que concuerdan con las narraciones de las pasantes de enfermería, puesto que ellas refirieron en forma implícita y explícita, la identificación de diversos problemas en forma holística, información a la enfermera

de mayor jerarquía y/o al personal médico, toma de decisiones y solución de los problemas en comunicación con el paciente y el equipo de salud.

*“Decirle a la jefa de servicio lo que observé o escuché a mi paciente, que está taquicárdico o no está saturando bien, **para proporcionarle los cuidados posteriores que se le tienen que dar, para estabilizarle sus signos vitales**”...(Oceanía E1).*

*“Me dí cuenta que una paciente estaba haciendo reacción a una quimioterapia y **acudí rápido con la enfermera que le tocaba, para que le avisara al médico**”...(Tierra E1).*

En los discursos de las pasantes de enfermería, no obstante las diversas circunstancias personales, académicas, institucionales, etc, en su gran mayoría mostraron desde su incipiente nivel profesional, una intencionalidad en tomar decisiones, para la resolución de problemas clínicos que se les presentaron en el cuidado de los pacientes, lo que coincide con el modelo de Schön¹⁴, quien subraya que los profesionales se enfrentan a situaciones problemáticas de manera muy diferente, en función a su experiencia disciplinar, roles organizativos, situaciones del pasado, intereses y perspectivas políticas y económicas. Lo que a su vez coincide con Vollrath et al⁵, en su investigación, quienes señalan que el conocimiento juega un rol fundamental en la toma de decisiones del estudiante, al aumentar el nivel de confianza y les permite sentir que pueden manejar la situación y tomar decisiones seguras e independientes.



Categoría 3. Vivir la transición

La real academia española, define el término **vivir**, como sentir o experimentar la impresión producida por algún hecho o acaecimiento⁴⁴.

En lo que respecta a las vivencias de las pasantes de enfermería, son la serie de experiencias individuales y grupales vivenciadas durante el desarrollo de su servicio social, en los diferentes contextos de la Institución de salud y en relación y convivencia con las personas a quienes otorgaron cuidados, sus familias, el equipo de salud y con la sociedad en general, cuya significación se fue construyendo con base a su ser holístico en el mundo, del cual se desprendieron relatos impregnados algunos de inseguridad, temor, seguridad, alegría, optimismo y competencias entre otros.

Por su parte Meleis¹⁷, define **transición** como un tiempo con un punto de partida identificable, que va de los primeros signos de anticipación, percepción o demostración de cambio, pasa por un período de inestabilidad, confusión y estrés, y llega a un «final» con un nuevo inicio o período de estabilidad, tal como se evidencia en el discurso de la participante Tierra, la cual relata su experiencia

desde el inicio de su pasantía y refiere al paso del tiempo sentirse más segura, competente y estar más relacionada con la esencia de la enfermería.

*“Ahorita en este momento, **me siento más competente** que cuando entré...estoy más **relacionada con** lo que es **la esencia de la enfermería**...me siento más segura y con el tiempo que he pasado aquí, se más cosas que cuando era estudiante”... (Tierra E1).*

Esto también se hace evidente en los testimonios de otras participantes que desde el primer día de su pasantía se sintieron con miedo, inseguridad y nerviosismo de iniciar lo que sería su última etapa de formación, que les permitiría el tránsito de estudiante a profesional de enfermería, y que al paso del tiempo de la misma, se sintieron más seguras y capaces de resolver los problemas clínicos que se les presentaron, tal como lo manifestaron en sus discursos.

*...“El personal es muy accesible y te da la oportunidad de aprender todo lo relacionado con nuestra profesión de enfermería, lo que facilita la adquisición de conocimientos y capacidades para afrontar y **resolver problemas clínicos**, por ejemplo: toma de signos vitales correctamente, instalación de catéter periférico...por mencionar algunos”... (África E1)*

*“Es una evolución total...como profesional de enfermería desde el inicio hasta la culminación de pasantía...gracias a la gran cantidad de experiencias y conocimientos adquiridos, debido a que estos me han dado mucha seguridad al momento de brindar atención y cuidados a los pacientes y durante la **resolución de situaciones clínicas**”... (América E1).*

*“Durante el tiempo que he realizado mi servicio social en el hospital...me siento con más capacidades que al ser estudiante no tenía...me siento diferente en muchos aspectos, tanto personal, como en competencia y **resolución de problemas**”... (Tierra E1).*

En esta categoría emergieron las subcategorías: Transición de estudiante a profesional de enfermería, condiciones que influyen en una transición saludable y condiciones que inhiben una transición saludable.

Subcategoría 3.1 Transición de estudiante a profesionalista de enfermería.

La NOM-019-SSA3-2013²⁰, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud designa que el **Pasante de Enfermería**, es el estudiante de enfermería de una institución educativa que ha cumplido los créditos académicos exigidos en el plan y programas de estudio, y que para realizar el servicio social debe contar con la constancia de adscripción y aceptación expedida por la Secretaría de Salud.

En la misma NOM-019-SSA3-2013, se indica que el **personal profesional de enfermería** es la persona que ha concluido sus estudios de nivel superior en el área de la enfermería, en alguna institución educativa perteneciente al Sistema Educativo Nacional y le ha sido expedida cédula de ejercicio profesional con efectos de patente por la autoridad educativa competente.

La transición de las pasantes de enfermería, en la que ya no son estudiantes pero tampoco profesionistas, fue narrada por las mismas, como un cambio progresivo de mayor crecimiento profesional, en la que el conocimiento, experiencia, capacidad, madurez, compromiso y responsabilidad, hacen la diferencia entre la etapa de estudiante y la del futuro profesional de enfermería, como se evidencia en los discursos de las participantes.

En el siguiente relato de América, se aprecia que además de la madurez adquirida a través del proceso natural de estudiante a profesionalista de enfermería, ella indaga más, porque siente la responsabilidad de tener mayores conocimientos. Y en el caso de Europa hace también referencia a la madurez, respecto a la diferencia de tener otra responsabilidad como pasante de enfermería.

*...“Cuando era estudiante investigué muy poco la verdad, no me interesó tanto como ahorita, que ya a lo mejor **maduré** y vi la importancia y la **responsabilidad** de tener mayor **conocimiento**”... (América E1).*

*...“La diferencia de estudiante y de pasante es mucha... tengo otra **responsabilidad**, ya dejé de ser estudiante... uno siente que ya **maduró**”... (Europa E1).*

Al respecto Vollrath et al⁵, en Brasil, señalan que el estudiante reconoce que el conocimiento influye en su desempeño y se traduce en emociones y sentimientos que tienen un efecto tanto en la experiencia de la transición como en el resultado de ésta y que además el sufrimiento es una emoción que se presenta de manera más intensa al inicio de la vivencia. También indican que es un desafío para el estudiante quedarse solo, en este proceso de transición entre el rol de estudiante y el rol profesional.

En las narrativas de Asia y de Sol, se observó que si bien es cierto, relatan sentirse diferentes porque van adquiriendo mayor experiencia y crecimiento profesional, ello lo traducen en hacer más cosas y hacerlas bien, sin embargo no se percibe ese crecimiento, en lo que respecta al proceso reflexivo para la resolución de problemas clínicos.

*...“Poco a poco vas adquiriendo más **experiencia**...cuando eras estudiante simplemente observabas todo lo que hacían y lo más que hacías era tomar los signos vitales y ahora como pasante te dan la oportunidad... pienso que si **haces muchísimo más cosas**, que cuando eres estudiante”... (Asia E1).*

*...“**Ya estoy creciendo profesionalmente, cosas** que no hacía porque en la escuela o cuando eres estudiante no las haces y aquí tienes la oportunidad y de **hacerlas bien**”... (Sol E1).*

Po su parte Carrillo et al⁴⁹, muestran que en el proceso que la enfermera atraviesa desde recién graduada hasta que se especializa en un área determinada, van surgiendo una serie de cambios de conducta; se van adquiriendo habilidades que hacen que el desempeño profesional sea cada vez de mejor calidad.

En cuanto a la teoría de las transiciones de Meleis¹⁷, está integrada por varios elementos, entre los que se encuentran el tipo de transición organizativa, que se

refiere a cambios en las condiciones del entorno que afecta las vidas de los pacientes y de los trabajadores, y además esta teoría puede ofrecer una perspectiva plena de la experiencia de la transición, mientras se consideran los contextos en los que las personas las experimentan.

El tipo de transición organizativa, al cual hace referencia la Teoría de Meleis, con respecto a la vivencia de transición de las pasantes de enfermería durante su servicio social, alude en primer lugar al cambio de un ambiente educativo universitario a un ambiente asistencial hospitalario, y en segundo lugar, en el hospital, a los diferentes ambientes a los que estuvieron sujetas durante su rotación por los diversos servicios, cuyas condiciones sociales, como dinámica y equipo de trabajo, pacientes y familiares e institucionales, tipo de servicio y reglamento en cada uno de ellos, en conjunto con las condiciones personales, a manera de creencias, actitudes y conocimientos previos, que les facilitaron o impidieron el progreso hacia una transición saludable de estudiantes a profesionistas de enfermería, evidenciándose en los siguientes discursos:

*“Hace dos años cuando era estudiante, estuve también **en ese servicio**, pero fue muy diferente la experiencia, en esta ocasión ya **me sentía más capaz**...”
(América E1).*

*...“**La institución** si se presta, para darnos esa preparación como enfermeros”...
(África E1).*

*...“La verdad me siento muy diferente a hace ocho meses... ya **he pasado por varios servicios**, y creo que si **he aprendido de cada uno**, pues tiene **su esencia cada servicio**”... (Tierra E1).*

Los relatos de las pasantes de enfermería, evidenciaron cambios progresivos en su rol de estudiantes a profesionistas, tal como señala Meleis¹⁷, como un dominio y capacidad para asumir nuevos roles, al considerarse diferentes en relación a sentirse más capaces y adquirir un aprendizaje en cada uno de los servicios por los que rotaron, cuyo tiempo como propiedad de la experiencia, tal como lo manifestaron fue determinante en ese desarrollo profesional.

Similares resultados al respecto sobre lo que Soto⁴⁷, en Argentina señala, que antes de ser un profesional, el estudiante de enfermería es una persona inserta en un contexto social e institucional que lo contiene e influye en su identidad y al mismo tiempo, interactúa en éste, con otras personas que a su vez lo transforman.

Por su parte Medina¹, expresa que para que un estudiante llegue a ser un buen profesional es necesario que aprenda a interiorizar su aprendizaje, haciéndolo suyo y relacionándolo con la vida real, para poder responder de modo adecuado a los problemas y a las necesidades planteadas, en la realidad dinámica en la que tiene lugar la atención a la salud de las personas y los grupos. Tal como fue relatado por América, la cual reflexiona sobre las experiencias, conocimientos e identificación de riesgos, para solucionar diversas situaciones en el cuidado.

*“Vamos a ser buenos enfermeros, si continuamos capacitándonos”...La gran cantidad de experiencias y conocimientos adquiridos...desde lograr identificar riesgos potenciales... nos hace ser capaces de afrontar y **solucionar diversas situaciones**... (América E1).*

Los discursos de las pasantes de enfermería, se contrastan con la teoría de Meleis¹⁷ y con los resultados de las investigaciones anteriormente citadas, ya que en sus relatos manifestaron cambios significativos, en los que expresaron la diferencia entre la práctica de enfermería como estudiante y como pasante, en una evolución de una fase pasiva de observación al inicio de su servicio social, a una fase más activa.

Además hubo pasantes que comentaron estar a la par de las enfermeras que laboran en la Institución, y estar más relacionadas con la esencia de la enfermería, considerándola como estar con el paciente y todo lo que en realidad se hace por él, lo que denota que el tiempo transcurrido, durante esta importante etapa formativa, fue determinante en los cambios manifestados en la transición de estudiante a profesional de enfermería.

...“Hasta ahorita ya puedo llegar a un servicio y hacer las cosas que ellas hacen, **estar a la par de una enfermera** que ya está trabajando aquí, no al cien por ciento, pero si con esa **seguridad** que te faltaba al principio”... (África E1).

...“La **esencia** de la enfermería para mi es estar con el paciente, todo lo que en realidad haces por él, que no nada más es el cuidado, sino que también te conviertes en cómplice, en un amigo, en algo más que un cuidador...y ver que el paciente esté bien en todos los sentidos”...(Tierra E1).

...“La primera semana es lo más difícil, ya la segunda vas adaptándote, y ya te dan más la oportunidad, ya te permiten que hagas los registros en las notas de enfermería, ya te dan más la **confianza**”. (Luna E1).

Por otra parte, se observó que la gran mayoría de las pasantes de enfermería hicieron referencia en sus discursos a la frase “hacer cosas”, y que tal pareciera que consideran a la enfermería sólo como el saber hacer, puesto que hacen mención a colaborar y/o realizar procedimientos, sin embargo con base en la indagación exhaustiva de todos sus relatos el sentido que le estaban dando, comprende además el saber, ya que también indicaban proporcionar cuidados al paciente, como lo evidencian los siguientes testimonios:

“Pensé que en poco tiempo **voy a aprender cosas** que en realidad no lo llevé a la práctica cuando estuve de estudiante. Y la verdad en una semana de prácticamente cuando inicié, **empecé a hacer cosas, lo que hace una enfermera**...les ayudaba prácticamente casi en todos los procedimientos (...pero al paso de los meses me fui sintiendo con más **seguridad y capacidad**... para **realizar las cosas**...porque **he aprendido a ser, hacer y saber hacer diferentes procedimientos**”...(Europa E1).

...“Me sentía más segura de **hacer las cosas** libremente sin tener que estar preguntando... claro que si tenía dudas si preguntar siempre, pero en **cosas que ya sabía**, pues ya me sentía más segura, y más en Oncología porque son **cuidados** diferentes...me considero que ahorita tengo la misma experiencia que ellos, pero si me he dado cuenta que en **cosas de teoría** si sabemos un poco más”. (Tierra E1).

...“No soy médico, soy enfermera, porque a veces te preguntan **cosas** que no les puedes contestar, pero tratas de contestarle con tus **conocimientos** y de acuerdo a lo que tú haces”... (África E1).

“Yo me considero una buena pasante, calificada y útil, a lo mejor los primeros días no tan útil, el hecho de que no me animara a hacer algunos **cuidados**, es porque a mí me gusta **hacer las cosas bien**”... **mis conocimientos los siento seguros**”... (América E1).

Sin embargo preocupa el hecho, que a pesar del sentido que algunas pasantes le dieron, al “*hacer cosas*”, se advierte una marcada tendencia de concebir la enfermería sólo como el acto de hacer procedimientos, saber más y sentirse con más confianza, en forma técnica y procedimental y no el ejercicio de una práctica reflexiva del cuidado, propia de la disciplina de enfermería, donde realmente vivan la experiencia formativa de estudiantes a profesionales de enfermería, mediante el otorgamiento de un cuidado holístico a través de la resolución de los problemas clínicos con un pensamiento crítico y reflexivo.

Subcategoría 3.2 Condiciones que influyen en una transición saludable.

Meleis¹⁷, señala que las **condiciones de las transiciones** son circunstancias que influyen en cómo una persona se mueve hacia una transición, que facilitan o impiden el progreso para lograr una transición saludable y que ésta puede determinarse por el grado de dominio de habilidades y conductas necesarias para gestionar sus nuevas situaciones o entornos que demuestran las personas.

Además menciona que los **patrones de respuesta**, se conceptualizan en **indicadores de proceso y de resultado** y que estos caracterizan las respuestas saludables a la transición. En el caso de las pasantes de enfermería, los indicadores de proceso que dieron cuenta de una transición saludable durante su pasantía, se refieren sobre todo a **factores personales** como contar con un **conocimiento previo**, o saber teórico, puesto que ello les permitió resolver problemas con fundamentos científicos en el ejercicio de su práctica profesional

con mayor seguridad, y que además los fueron perfeccionando y poniendo en práctica, conforme fueron rotando por los diversos servicios de la institución, según los siguientes discursos:

*“Creo que, **para** poder ayudar a **resolver problemas tengo que tener un conocimiento**, saber las cosas, hacerlas, porque muchas no sabemos cómo hacerlas, es por eso que casi siempre investigo y pregunto a las mismas enfermeras del área, para cuando se presente una situación nueva, saber... lo que tengo que hacer”... (Oceanía E1).*

*...“Esos **conocimientos** ya los vamos pasando a todas las áreas y los vamos perfeccionando”. (África E1).*

*“Yo creo que sí, que las expectativas que la escuela tenía con nosotros si se cumplen en el sentido de que podemos ser competentes y aprender rápido o un poco mejor porque **ya traemos esas bases, ya sabemos la teoría**, es más fácil que puedas hacer algo si ya sabes porque lo estás haciendo, yo creo que sí, que mis compañeros y yo podemos dar ese perfil que es de licenciatura al salir”. (Tierra E1).*

Otro patrón de respuesta como indicador de proceso de una transición saludable, se refiere a estar **situado según el espacio y el tiempo**, en el cual el tiempo transcurrido desde el inicio hasta el final del servicio social, de las pasantes de enfermería, fue referido como un elemento muy importante en su etapa formativa, puesto que el mismo les contribuyó a adquirir en forma gradual mayores conocimientos y seguridad en su práctica profesional.

Es preciso enfatizar que la participante América, hizo alusión no sólo al espacio físico de un servicio, sino a sentirse parte de la institución, lo que para Bordui⁶², es el habitus, el cual define como un “*sistema de disposiciones adquiridas por medio del aprendizaje implícito o explícito*” y está conformado por procesos de percepción, valoración y acción a través de los cuales las personas aprehenden el sentido del mundo, y se adquieren mediante experiencias duraderas en determinadas posiciones del espacio social, donde se dan las relaciones sociales, que para este caso sería el hospital, donde la pasante realizó su servicio social, lo que hace evidente en su discurso:

*“Me siento diferente, **siento más familiar el hospital**, hasta pretencioso **de que soy parte de él** y de que quiero ayudarlo a que sea un buen lugar, ayudar a los pacientes, me gusta venir aquí...lo mucho o lo poquito que yo aporte aquí, me da una gran satisfacción” (América E1).*

*...“Porque **en un mes...si aprendes mucho**, pero si estuvieras **más tiempo** pues **adquirirías más conocimientos**”... (Asia E1).*

*...“Estuve dos semanas nada más, pero **volví a pasar un mes más**, y eso ya me dio **más seguridad** cuando llegue allí, porque ya conocía varias cosas que se realizaban...**conforme pasó el tiempo** y que lo fui haciendo varias veces, ya me sentía más satisfecha, porque **iba avanzando** y lo iba haciendo bien, y **cada vez mejor**”.(Sol E1).*

Al respecto del patrón de respuesta como indicador de resultado para una transición saludable es el **dominio de habilidades y competencias profesionales** de la enfermería, al cual las pasantes de enfermería relataron como la adquisición de habilidades prácticas, para el otorgamiento del cuidado al paciente, con mayor seguridad y autonomía. En cuanto a las participantes Oceanía y Europa, es importante distinguir que en ellas, se dio un proceso reflexivo en la resolución de los problemas clínicos detectados, puesto que reflexionaron el cuidado que estaban otorgando, mediante la valoración del paciente.

*“Al principio si llegue con miedo y nervios, de ¿qué le voy a hacer al paciente?, o ¿si me indican hacer algo y no sé? y ahora con **más seguridad** le realizas aquello que te piden que le hagas al paciente...me he sentido muy bien, y más **segura** al realizarle los **cuidados** al paciente”. (Asia E1).*

*“En urgencias ya lo pude hacer **yo sola**, cuando me dejaban con un paciente de **hacerle los cuidados**, yo se los puedo hacer”. (África E1).*

*“Los **signos vitales**, te das cuenta que **son muy importantes**, porque observas en que condición está el paciente, si está saturando bien, si su temperatura está normal, valoras su frecuencia cardiaca, si tiene taquicardia”. (Oceanía E1).*

...“Al llegar la mamá le pregunté, qué le pasaba al niño y porque lo traía y me empezó a contar que tenía hipertermia y rápido le tomé la temperatura y valoré que

*cifra traía; posteriormente le empecé a realizar **todas las valoraciones:** observarlo, auscultarlo, tomarle la frecuencia respiratoria, y valorarlo **de pies a cabeza**”... (Europa E1).*

Asimismo los **factores sociales** como interactuar, relacionarse con el paciente, con su familia y con los demás integrantes del equipo de salud, se podrán traducir en saber convivir y como otro indicador para una transición saludable. En correspondencia con la teoría de Meleis¹⁷, Bárbara Carper⁶³, señala que enfermería se entiende como un proceso interpersonal que requiere interacciones, relaciones y transacciones entre el paciente y la enfermera y de que la calidad de los contactos interpersonales influye en las personas enfermas o con problemas de salud a la hora de afrontar su situación y lograr mayor bienestar, que en el caso de las pasantes de enfermería participantes en la investigación, el tipo y calidad de relaciones personales que establecieron con el paciente, familia y equipo de salud, fue determinante como uno de los factores, para una transición saludable, lo que se relata en sus siguientes discursos:

*“Porque **todos somos un complemento** de un servicio y de un área, **cada quien tiene una función** muy diferente, y para poder dar el mejor servicio...satisfactorio y eficiente al **paciente**, necesita cada una de las actividades que aporta cada quien”... (América E1).*

*“Y yo le hacía todos sus cuidados, siempre iba y **me presentaba con el familiar o el niño y platicaba** también cuando tenía momentos libres con este paciente...mi participación fue de apoyo, **platicar con la mamá...e hice muy buena relación**”.* (Oceanía E1).

*...“**Ese trato con la gente** y ver cómo te contestan desde que te presentas y como te miran, **se siente bonito**, de que te miran a ti como la enfermera y ya dices, ya te la crees de que eres enfermera, primero si me daba mucha vergüenza y hasta me ponía roja (sonrisa), pero ya no”. (África E1).*

*...“Ella me sugirió que tratara de verle el lado bueno, que me llevara con las enfermeras, que tratara de estar más con ellas... **de llevarme más bien**”. (Luna E1).*

Además los **factores institucionales**, fueron señalados por las pasantes de enfermería participantes, como el hecho de haber recibido un curso de capacitación teórico introductorio al servicio social y una introducción práctica en cada uno de los servicios de la institución, así como sentirse tomadas en cuenta y tratadas en forma cordial y respetuosa por el personal médico y de enfermería de cada uno de ellos, aspectos que generaron en las pasantes, sentimientos de seguridad y confianza que les permitieron una transición saludable, lo que se evidencia en los siguientes discursos:

*“Las primeras dos semanas tuvimos un curso de capacitación, que la verdad fue muy importante debido a que **teníamos miedo de entrar directamente a las áreas del Hospital** y **ese curso nos ayudó a tener muchísima más confianza**” (América E1).*

*“Fue muy bonita la experiencia, porque **las enfermeras** y todos **me apoyaron mucho**, estuvieron muy atentos, **me dieron el lugar**”... (Europa E1).*

*“Allí estuve muy a gusto con el personal, **se aprende mucho**... **La jefa de allí** con la que estuve **me felicitó**, todo eso hizo que me subiera más el ánimo”... (Oceanía E1).*

*...“En todos **los servicios el personal** por los que había pasado anteriormente es **muy accesible**, te sientes más a gusto y sientes qué haces más”... (Luna E1).*

Resultados que a la vez concuerdan con Vollrath et al⁵, quienes indican que para alcanzar la transición de ser enfermera, el estudiante es facilitado cuando percibe que la enfermera crea condiciones para su acogida por el equipo, mediante la confianza y el trabajo en conjunto y el aprendizaje mutuo, lo cual favorece una transición saludable.

Los resultados de los discursos de las pasantes de enfermería, que vivenciaron una transición saludable coinciden con lo señalado en la Teoría de Meleis¹⁷, puesto que en su gran mayoría mencionaron estar conscientes de la evolución de la experiencia en su proceso formativo como pasantes, demostrando el nivel de

compromiso, involucrándose en la práctica profesional con evidentes muestras de cambios a nivel personal y profesional, al indicar la mayoría sentirse calificadas competentes y satisfechas, ante la nueva etapa, lo que se tradujo en una transición saludable en su servicio social.

*“Fue bonito al ayudar a los pacientes y hubo quien mejoró y quien no...te emociona ver que aquel niño va mejorando...**me he sentido muy bien, y más segura al realizarle los cuidados al paciente...** el personal que me ha tocado ha sido muy amable y me han tratado bien”... (Asia E1)*

*...“Me ha gustado mucho estar aquí en el hospital, **he tenido buenas experiencias con todos, con el personal, con los pacientes...**me sentía bien, me sentía cómoda, **sentía que era competente**, que sabía hacerlo y que podía, de esa forma y **me sentía feliz, porque podía hacerlo**”. (Tierra E1).*

Tanto la teoría de Meleis¹⁷, como los resultados de los discursos de las pasantes de enfermería concuerdan con lo señalado por Donald Schön¹⁴, donde menciona que los profesionales se enfrentan a situaciones problemáticas de manera muy diferente, donde expresan sus experiencias en el servicio social, desde sus marcos personales y disciplinares y roles organizativos, y es a partir de ellos como se integrarán y pasarán esa etapa en forma saludable, y en este sentido tales experiencias fueron referidas como apropiación de conocimientos y adquisición de habilidades y destrezas en el cuidado al paciente.

Desde lo analizado, no obstante los factores que facilitaron una transición saludable en las pasantes de enfermería durante su servicio social, se observa que la gran mayoría de las participantes en la investigación, no incorporó, sobre todo en los inicios de su pasantía, el pensamiento crítico y reflexivo en el proceso de resolución de problemas clínicos, pero que a punto de concluir, al menos algunas pasantes empezaron a integrar ese pensamiento en su práctica profesional, en la que la mayoría señaló el factor **tiempo** como elemento fundamental para la adquisición de saberes teóricos y prácticos en esa etapa formativa, señalado por Meleis¹⁷, como una propiedad importante que forma parte de la conceptualización de transición.

Subcategoría 3.3 Condiciones que inhiben una transición saludable.

Las condiciones que en algún momento obstaculizaron, el que las pasantes de enfermería durante su pasantía, no cursaran una transición saludable, se debió principalmente a **factores personales, sociales e institucionales**, cuya presencia de estos se hizo evidente en sentido negativo, como por ejemplo, no contar con la suficiente preparación y conocimiento, no estar consciente de la transición, deficiente dominio en las competencias actitudinales y profesionales propias de la enfermería, como el saber, saber ser y saber hacer.

Respecto a los **factores personales**, algunas de las participantes en la investigación, manifestaron desde los inicios de su pasantía, no contar con el suficiente conocimiento teórico, lo que las condicionó a sentir miedo y nerviosismo al proporcionar cuidados al paciente, que de acuerdo a la teoría de Meleis¹⁷, son circunstancias que impiden el progreso para lograr una transición saludable, como se evidencia en el discurso de Asia.

“Hay muchos pasantes que se animan a hacer cosas y otros no... Al principio si llegué con miedo y nervios, de ¿qué le voy a hacer al paciente?, o ¿si me indican hacer algo y no sé?”... (Asia E1).

Asimismo los **factores sociales**, como no relacionarse con el paciente, con su familia y con los demás integrantes del equipo de salud, son condiciones de las transiciones, que impiden una transición saludable. Y en contraparte a lo señalado por Barbara Carper⁶³, respecto a la calidad del contacto interpersonal como facilitador en el proceso de afrontamiento de las situaciones, para lograr esa transición, serían unas deficientes relaciones interpersonales, que van a inhibir ese proceso experiencial de las pasantes de enfermería en su servicio social, puesto que en los discursos de algunas de ellas, se apreció temor, inseguridad, desadaptación y falta de empatía con las personas que estuvieron en contacto en los diferentes servicios de la unidad de salud, donde realizaron su servicio social, aspectos que indudablemente repercuten en el otorgamiento de un cuidado directo al paciente, tal como se evidencia en los siguientes discursos:

*“Yo me pongo muy nerviosa con la gente, con los papás más que nada, de que me vean que a lo mejor no sé hacer bien las cosas...era mi primer área, donde iba a estar **en contacto con la gente y si sentía cierto temor...** (África E1).*

*...“Yo digo que **si empatizas con aquella persona, pues ella no va a dudar en ayudarte a hacer las cosas**”... (Asia E1).*

*“Al principio, **no me fue tan bien...porque es un servicio diferente...al principio como que no me adaptaba allí por el personal...en otros servicios no me había pasado de sentirme insegura de hacer las cosas, porque el personal es muy diferente...yo no había tenido experiencias malas**”... (Luna E1).*

En relación a los **factores institucionales**, como inhibidores de una transición saludable para algunas de las pasantes de enfermería, los refirieron en la forma de no recibir una introducción en algunos de los servicios de la institución, y no ser recibidas y tratadas por personal de enfermería y médico, en forma cordial y respetuosa.

Cabe señalar, que a pesar de que la mayoría de las participantes ya había tenido un primer contacto con el Hospital, durante sus prácticas hospitalarias como estudiantes de enfermería, no rotaron por todos los servicios y mucho menos por servicios críticos como terapia intensiva y si además de ello, se toma en cuenta que la institución es de especialidad en Pediatría, y su formación universitaria es preponderantemente generalista, puesto que así está contemplada en el plan de estudios de la carrera de Licenciatura en Enfermería, es de esperarse que las pasantes de enfermería que realicen su servicio social en un hospital de especialidad, se encuentren al inicio del mismo con los factores institucionales arriba señalados, que inhibirán una transición saludable. Como se evidencia en los siguientes discursos de algunas de ellas.

*...“**El primer día que llegue al servicio yo no sabía quiénes son las enfermeras de allí, y una enfermera me dijo que si podía recibir el carro rojo y yo no conocía todo el medicamento**”... (Asia E1).*

...“Me quedó muy **mala experiencia**...y la verdad si **me...deprimí, no me gustó que tuvieran esa impresión de mí**...cuando estuve **en ese servicio, para mí era algo feo, mal, que yo decía, si a mí me gusta enfermería**... ¿Qué hice mal?... (Oceanía E1).

...“**Las enfermeras...siempre andan a la carrera y si te enseñan** cuando tienen sus tiempos libres, **pero no al cien por ciento** como estar en una sala que está más tranquila”... (África E1).

...“Uno de los primeros problemas que tuve fue que **como no se me dio una introducción** en el área, **no sabía** si me pedían algo...**donde estaban las cosas**...y es un poquito difícil y más **cuando no conoces el área**, cuando es algo nuevo...situaciones que te hacen sentir mal, **que tú dices, aquí nada más estoy estorbando**”... (Luna E1).

De acuerdo a la Teoría de Meleis¹⁷, los patrones de respuesta que incluyen indicadores de proceso y de resultado, anteriormente señalados, pueden usarse para comprobar si una transición es saludable o no.

Respecto a los resultados, afortunadamente sólo una minoría de las pasantes de enfermería manifestaron y dieron muestras de signos compatibles con una transición no saludable, como miedo, nerviosismo, inseguridad, no interactuar con el personal del área, ni con la familia del paciente, desconocimiento de algunos servicios por la falta de introducción al inicio de su rotación por cada uno de ellos, desadaptación o no estar situado, falta de confianza y deficientes relaciones interpersonales, además de deficiencia en algunos saberes de la disciplina de enfermería, sobre todo en el teórico y práctico, lo que condicionó sentir malas experiencias y depresión, sin embargo de acuerdo a los relatos de las pasantes sus malas experiencias coincidieron, en el mismo servicio de la Institución.

No obstante lo anterior, este tipo de situaciones que impidieron en algún momento de su pasantía a las pasantes de enfermería, cruzar una transición saludable; por otra parte les permitió afrontarlas y salir de ellas sin consecuencias negativas y con mayores fortalezas, además de concederles la oportunidad de reconocerlas como parte del aprendizaje experiencial durante su etapa formativa, lo que se hace evidente en los siguientes discursos:

*“Tuve **malas experiencias** en un solo servicio, pero trate de ponerle buena cara...porque creo que **de eso también se aprende**...por ello yo quería en las otras áreas sacar todo adelante y bien”... (Oceanía E1).*

*“**Experiencia no tan mala, pero no fue buena**, porque al principio si es difícil estar allí por el personal, **pero si es un área bonita, donde se aprende mucho**”... (Luna E1).*

Por otra parte y coincidiendo con los discursos narrados por las pasantes de enfermería, donde reflejaron aspectos que inhibieron en alguna parte el tránsito hacia una transición saludable, durante su servicio social; Galicia et al⁵², en su investigación refieren que la presencia de actitudes autoritarias, juiciosas, inflexibles al igual que paternalistas, sobreprotectoras y pasivas dentro de la práctica profesional, influirán directamente en la integración y en el aprendizaje de manera negativa, pudiendo incluso obstaculizar dichos procesos.

Lo anterior nos hace reflexionar, sobre la importancia que representan las condiciones que influyen o inhiben una transición saludable de los pasantes de enfermería en su servicio social, por lo que sería muy valioso asumir una corresponsabilidad entre las unidades educativas y las de salud, mediante el conocimiento en forma más profunda por parte de todos los involucrados, en esta etapa formativa, en relación al proceso de la etapa de transición, para tratar de facilitarles que su tránsito por la misma, sea lo más saludable posible.

Y que además de una transición saludable, con el cúmulo de experiencias vividas en su última etapa formativa como licenciados en enfermería, incorporen en su ejercicio profesional una verdadera práctica reflexiva del cuidado, que implique la implementación de una nueva Epistemología de la práctica profesional de enfermería, que impacte en el otorgamiento de un cuidado holístico.

VI. Conclusiones

El proceso de resolución de problemas clínicos desde la experiencia de los pasantes de enfermería y que emergieron de sus discursos, se significa por tres

categorías: Resolver problemas, un arte profesional; Discrepancia entre currículum formal y currículum vivido y Vivir la transición.

Este proceso se funda a partir de que el pasante se enfrenta al problema de proporcionar cuidado a la persona, al inicio de su pasantía con incertidumbre y ambigüedad, pero que conforme adquiere el saber práctico, la experiencia y la reflexividad a través de sus vivencias en el servicio social, se va constituyendo en forma gradual, aunque leve en un arte, en el que el acompañamiento de la tutora clínica representada en la figura de la enfermera asistencial de mayor jerarquía o experiencia en el ámbito hospitalario, es fundamental para guiarlo hacia una progresión y autonomía para la resolución de problemas clínicos, mediante el ejemplo y la transmisión de saberes teóricos, prácticos, actitudinales y axiológicos, que le permita vivir una etapa formativa de transición saludable de estudiante a profesionalista de enfermería.

Durante este emerger de significados en la conformación del proceso de resolución de problemas, desde la experiencia de las pasantes de enfermería a través de sus discursos, vivenciaron un currículum y una realidad de práctica profesional en el ámbito hospitalario, en discrepancia con el currículum formal adquirido en la escuela de Enfermería, puesto que el currículum vivido se caracterizó por un actuar rutinario, y la nula incorporación de una práctica reflexiva del cuidado, sobre todo al inicio su servicio social, y que limitó en la mayoría de las veces, la reflexión para el otorgamiento de un cuidado enfermero holístico, en lo que Schön¹⁴, denomina el arte profesional de reflexión en la acción, o sea el estar reflexionando sobre lo que se está haciendo, mientras se está realizando, competencia importante que es necesario desarrollar en este grupo de profesionales de la enfermería, puesto que la misma sólo se evidenció en forma incipiente en sus discursos, al final de su pasantía.

Además desde la reflexividad de los relatos de las pasantes de enfermería surgieron significados que coinciden con la teoría de transiciones de Meleis¹⁷, en los que la temporalidad ha sido esencial, al vivenciar la etapa de transición de

estudiante a profesionalista de enfermería, en la que la mayoría pasó de experimentar sentimientos de miedo e inseguridad al inicio de su pasantía, hasta llegar a una transición saludable, manifestada por cambios progresivos de crecimiento personal y profesional, con mayor conocimiento, experiencia, capacidad, madurez, compromiso y responsabilidad al término de la misma.

Sin embargo para algunas de ellas, se presentaron condiciones que inhibieron esa transición saludable, que se debieron a factores personales y profesionales como no contar con suficientes conocimientos teóricos y prácticos, deficiente dominio de competencias actitudinales, sobre todo las referidas al saber convivir; aunado a lo anterior, factores sociales como no relacionarse con el paciente, con su familia y con los demás integrantes del equipo de salud; como también factores institucionales, en la forma de no recibir una introducción al servicio social en algunos servicios de la institución, por parte del personal de enfermería, y no ser tratadas por dicho personal en forma cordial y respetuosa, lo que coincidió en un mismo servicio de la institución hospitalaria, pero que afortunadamente todas lograron superar esas condiciones inhibitorias, y pasar a una transición saludable al final de su servicio social.

Con respecto a la filosofía de Benner¹⁵, mediante la reflexión sobre sus experiencias vividas en dicha etapa, en relación a la salud y a la enfermedad de las personas sujetas de cuidado, y mediante la adquisición y desarrollo de habilidades, y con el modelo de Schön¹⁴, con la percepción inicial de incertidumbre y ambigüedad en la identificación y resolución de problemas, además de un actuar rutinario más que reflexivo, que sin embargo al concluir su servicio social, emergen nuevos significados como “sentirse enfermera” y “esencia de la enfermería”, donde la resolución de problemas empieza a constituirse en un incipiente arte, manifestado por lo que refiere el mismo Schön, por un tipo de saber práctico y sensibilidad hacia las necesidades de los pacientes, aspectos cada vez más presentes en las pasantes de enfermería, que tendrán una implicación importante en esta etapa formativa para la implementación de una nueva Epistemología de la práctica, en la que el profesional de enfermería sea

reflexivo y crítico, en el otorgamiento de un cuidado holístico, así como favorecer el desarrollo disciplinario de Enfermería

Es digno hacer mención que la pasante de enfermería, a pesar de las circunstancias y partiendo del significado de circunstancia, como *“el conjunto de lo que está en torno a alguien; el mundo en cuanto mundo de alguien, y que de algún modo está influido por una situación ocasional”*⁴⁴, y no obstante al inicio de su pasantía mostrar dificultad no sólo para identificar y solucionar problemas clínicos, sino para comprender el significado de resolver problemas desde su conceptualización, toma decisiones para resolver los problemas clínicos que se le presentan en el cuidado a los pacientes en su práctica profesional, lo que armoniza con el modelo de Donald Schön¹⁴, en el que señala que *“la consideración de lo que constituye un problema, depende de nuestros marcos disciplinares, intereses y perspectivas políticas e ideológicas, antes que de una aplicación técnica de la plétora de modelos y técnicas para la resolución de problemas”*, y por su parte Serrano y Troche⁶⁴, enfatizan que *“cada persona es un ser único en el universo y en el tiempo, y lo quiere manifestar para sí y para los demás. Hacia adentro, interpreta el mundo y lo recrea con su imaginación. Hacia afuera, actúa sobre ese mundo conocido para modificarlo. En la persona, pensamiento y acto son inseparables, conforman su esencia”*.

Por lo que cada pasante de enfermería, dependiendo de su historia de vida, resolverá de manera particular, los problemas clínicos que se les presenten en el ejercicio de su servicio social y conforme adquieran los saberes teóricos, prácticos, actitudinales y axiológicos propios de la Disciplina de Enfermería, transformarán su práctica en un arte, tal como lo señala Schön¹⁴, *“como una forma de ejercicio de la inteligencia, un tipo de saber, que los prácticos muestran algunas veces en situaciones de la práctica que resultan singulares, inciertas y conflictivas”* lo que les permitirá una práctica reflexiva del cuidado y la incorporación de una Epistemología de la práctica educativa, para convertirla plenamente en el otorgamiento de un cuidado holístico.

6.1. Aportaciones

6.1.1 Aportaciones a la disciplina

Para las unidades académicas de Enfermería, los estudiantes y los pasantes de enfermería, constituyen sus sujetos de cuidado y como tal, debe de otorgárseles un cuidado en forma integral, mediante la comprensión de sus necesidades, contribuyendo así a su formación académica y profesional, para que ellos a su vez sean reproductores de un cuidado holístico hacia las personas.

Mayor conocimiento, sobre la forma en que los pasantes de enfermería, van construyendo el proceso de resolución de problemas clínicos, durante su experiencia en el servicio social.

Mayor conocimiento, sobre la etapa de transición que vivencian los pasantes de enfermería, durante su experiencia en el servicio social.

6.1.2 Aportaciones a la práctica

Nueva perspectiva sobre la Epistemología de la práctica clínica reflexiva, en relación a la comprensión de manera más profunda, sobre el proceso de resolución de problemas clínicos de los pasantes de enfermería, con el propósito de conocer, orientar, mejorar y transformar la práctica profesional del cuidado, de este grupo de profesionistas.

Valoración para la Implementación en las Unidades de Salud, de la función tutorial de la enfermera asistencial, en el acompañamiento en la etapa de transición del pasante de enfermería, mediante la transmisión de saberes teóricos, prácticos, actitudinales y axiológicos, que le permita vivir una etapa formativa de transición saludable, durante su servicio social.

Conceder visibilidad al ser y hacer profesional, del pasante de enfermería, durante su servicio social.

6.1.3 Aportaciones a la investigación

En forma general una comprensión profunda a partir de la investigación cualitativa, sobre el fenómeno del proceso de resolución de problemas clínicos por parte de los pasantes de enfermería, desde sus experiencias, en una Unidad de Salud de 2º. Nivel de atención, durante el ejercicio profesional de su servicio social.

En forma específica, como evidencia científica para continuar profundizando en otros contextos, sobre esta línea de investigación desde el paradigma cualitativo, respecto a la forma en que los pasantes de enfermería, resuelven los problemas clínicos, en su servicio social.

6.1.4 Aportaciones a las políticas públicas

En las políticas públicas de educación, aplicación de los resultados de la investigación, que contribuyan a la innovación, con la implementación de un programa de seguimiento de la trayectoria personal, académica y profesional del pasante de enfermería, desde la Dirección general de servicio social de nuestra Universidad, en coordinación con el área de Servicio social de la Unidad Académica, de la cual sea egresado el pasante y de la unidad receptora.

VII. Recomendaciones

Respecto a los resultados de la investigación.

No obstante que el pasante de enfermería, a pesar de las circunstancias toma decisiones para resolver los problemas clínicos que se le presentan en el cuidado de los pacientes en su servicio social, es importante considerar, que para que esa resolución de problemas sea de calidad y se realice en forma reflexiva y crítica, integrando saberes teóricos, prácticos, actitudinales y axiológicos, se tendrían que asumir responsabilidades y compromisos tanto en las instituciones educativas como asistenciales, en el proceso formativo del pasante de enfermería, con la visión de formar un profesionalista de la enfermería integral, con identidad

profesional hacia la disciplina de enfermería. Para lo cual es importante lo siguiente:

Integración de un diseño de experiencias de aprendizaje, en cada una de las Unidades de Aprendizaje del Plan de Estudios de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, que promuevan y desarrollen la reflexión crítica en los estudiantes.

Implementar un programa de Experiencia clínica simulada en la Unidad Académica, como estrategia educativa innovadora, con el propósito de que el futuro profesionalista de enfermería aprenda al hacer, que lo conduzca a un aprendizaje centrado en la reflexión en la acción, mediante el desarrollo y aplicación del pensamiento crítico, reflexivo y creativo, para la resolución de problemas clínicos en el cuidado de los pacientes, a través de la integración de sus saberes, transportando la práctica de un escenario virtual o simulado, a un escenario real, con la vinculación teoría y práctica.

Implementar un programa de seguimiento de la trayectoria personal y académica del pasante de enfermería, por parte de la Coordinación de Servicio social de la Unidad Académica, de la cual sea egresado, con la finalidad de constatar en forma cualitativa, la aplicación de las competencias que conforman su perfil de egreso en la práctica profesional y que demanda la sociedad, que se traduzca en una experiencia real de aprendizaje, que consolide su formación académica en forma integral.

Implementar un programa de tutoría clínica, en las instituciones de salud, de acompañamiento al futuro profesionalista de enfermería, en su etapa formativa de servicio social, que lo conduzca a una transición saludable.

Conocimiento de las personas involucradas en la etapa formativa de servicio social de los pasantes de enfermería, (de la institución educativa y asistencial y el propio pasante de enfermería) sobre la teoría de transiciones de Meleis, con el objetivo de preparar e influir en forma positiva sobre las condiciones para el progreso hacia una transición saludable y evitar las condiciones que inhiban u obstaculicen esa etapa.

Respecto a la investigación

Profundizar en la investigación de diseño cualitativo.

Bibliografía

¹ Medina MJL. La Pedagogía del cuidado. Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Editorial Laertes; 1999.

² Grupos de Investigación. Red Iberoamericana de Investigación en Educación en Enfermería RIIEE. Desarrollo del pensamiento reflexivo y crítico en estudiantes de enfermería: situación de Iberoamérica. 2012; (1):1-30.

³ Bardallo P MD. Entre la Enseñanza y el Aprendizaje Un Espacio de Saberes para compartir [Tesis Doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2010.

⁴ Universidad Autónoma de Sinaloa. Plan de Estudios de Licenciatura en enfermería. México: Escuela Superior de enfermería en Sinaloa; 2007.

⁵ Vollrath RA, Angelo M, Angélica Muñoz GLA. Vivencia de estudiante de enfermería de la transición a la práctica profesional: un enfoque fenomenológico social. Texto & Contexto Enfermagem [Internet].2011 [Consulta: 13 de junio de 2015]; 20(Esp):66-73. Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71421163008>.

⁶ Pedroso CB, Coelho GD, Helena dJB, Bortolotto SL, Lenise dPM, Schubert BVM. Process of training and insertion in the labor market: a vision of nursing graduates. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2014 Mar [cited 2015 July 28] ; 35(1): 87-93. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000100087&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.43279>.

⁷ Kinsella EA. Professional knowledge and the epistemology of reflective practice Nursing Philosophy. 2009(11):3-14.

⁸ Contreras RAL, Gutiérrez OS. Estudio para identificar el perfil con que egresa el Licenciado en Enfermería y Obstetricia y su congruencia con el servicio social [Tesis Maestría]. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México; 1999.

⁹ Morán PL. La formación de profesionales reflexivos y la práctica de enfermería. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2007; 4 (1):39-43.

¹⁰ Camacho ER, Rodríguez S. Una mirada crítica de la formación del profesional de enfermería con perspectiva reflexiva. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2010; 7 (1):37-44.

¹¹ García GL. Disposición, habilidad en pensamiento crítico y estilos de toma de decisión en estudiantes de enfermería: estudio evaluativo post intervención [Tesis Maestría]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2010.

¹² Aguilera SY, Zubizarreta EM, Castillo MJA. Constatación de las habilidades del pensamiento crítico en los estudiantes de Licenciatura en Enfermería. Educación Médica Superior. 2006;20(3):0-.

¹³ Benner P, Day L, Sutphen M, Leonard V. Educating Nurses: A Call for Radical Transformation. San Francisco: Jossey-Bass Inc Pub; 2009.

¹⁴ Schön D. La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la Enseñanza y el Aprendizaje en las profesiones. Barcelona: Paidós; 1992.

¹⁵ Benner P. Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería. En: Alligood MR, Marriner TA. Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2011. p. 137-164

¹⁶ Morán PL. Resolución de problemas y toma de decisiones clínicas en egresados de Enfermería. La perspectiva de la práctica reflexiva. PAPIIT. 2013.

¹⁷ Meleis AI. Teoría de las transiciones. En: Alligood MR, Marriner TA. Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2011. p. 416-433.

¹⁸ Bolio AP. Husserl y la fenomenología trascendental: Perspectivas del sujeto en las ciencias del siglo XX. Reencuentro. [internet].2012 [Fecha de consulta: 28 de julio de 2015];(65):pp20-29.Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34024824004>.

¹⁹ Souza MMC. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. Salud colect. [internet].2010 [Fecha de consulta: 28 de julio de 2015]; 6 (3):pp. 251-261. Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73115348002>.

²⁰ Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud 2013. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/?Id_URL=400despliegue&anio=2011&Id_Nota=24

²¹ Universidad Autónoma de Sinaloa. Reglamento de Servicio social. [internet].2013 [Fecha de consulta: 28 de julio de 2015];Disponible en:http://serviciosocial.uas.edu.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=7&Itemid=9

²² Molina PM, Jara PDT. El saber práctico en Enfermería. Rev Cubana en Enfermer. [Internet]. 2010 [Fecha de consulta 13 Noviembre 2014]; 26 (2): 111-117 Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-0192010000200005

²³ Medina MJL. Práctica educativa y práctica de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva. Rev Enferm [Internet]. 2002 [consulta 12 de junio de 2015]; (15):Disponible en:http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2015/numero15/pr%E1ctica_educativa_y_pr%E1ctica_de.htm[31/03/2010 10:35:48]

²⁴ Seren S, Ustun B. Conflict resolution skills of nursing students in problem-based compared to conventional curricula. Nurse Educ Today. 2008; 28(4):393-400.

²⁵ García G JJ. La creatividad y la resolución de problemas como bases de un modelo didáctico alternativo. Revista Educación y Pedagogía. [Internet] 1998 [consulta 12 de junio de 2015]; X(21):145-174. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/revistaeyp/index>

²⁶ Erazo MS. Prácticas reflexivas, racionalidad y estructura en contextos de interacción profesional. Perfiles Educativos. 2011; XXXIII (133):114-33.

²⁷ Siles GJ. Historia cultural de enfermería: reflexión epistemológica y metodológica. avenferm. 2010; XXVIII (número especial, 90 años):120-8.

²⁸ Waldow VR. Atualização do cuidar. Aquichan. [internet] 2008 [Fecha de consulta: 28 de julio de 2015]; 8(1): pp. 85-96.Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74108109>.

-
- ²⁹ Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Antioquia IUd, editor. Medellín: Universidad de Antioquía; 2002.
- ³⁰ Martínez MM. La nueva ciencia: su desafío, lógica y método. México, D.F.:Editorial Trillas; 2002.
- ³¹ Cardoso G, Pascual A, Moreno B, Figueroa R, Serrano S. Investigación Cualitativa y Fenomenología en Salud. VERTIENTES Revista Especializada en Ciencias de la Salud. 2007; 10 (1-2):25-32.
- ³² México D.F.:Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Nacional Autónoma de México; 1990. Breve Diccionario Analítico de Conceptos
- ³³ Martínez MM. La investigación cualitativa (Síntesis conceptual). Revista IIPSI. 2006; 9 (1):123-46.
- ³⁴ Taylor S. Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. España: Paidós; 1987.
- ³⁵ Souza MMC. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2009.
- ³⁶ Rodríguez GG, Gil FJ, García JE. Metodología de la Investigación Cualitativa. Granada: Ediciones Aljibe; 1999.
- ³⁷ Arias VMM, Giraldo MCV. El rigor científico en la investigación cualitativa. Invest Educ Enferm. [Internet] 2011[consulta 12 de junio de 2015]; 29(3):500-514. Disponible en:<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000300020&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0120-5307.
- ³⁸ Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México, (2001).
- ³⁹ Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, (2002).
- ⁴⁰ Comisión Nacional de Bioética, Código de Bioética, (2002).
- ⁴¹ Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud: dirigido a médicos, enfermeras, administradores en salud pública y otros profesionales de la salud. 6ª. ed. Mc. Graw Hill; 2000.
- ⁴² Alda FL, Hernández MD. Resolución de problemas. [Cuadernos de Pedagogía]. 1998; 265:28-32.

⁴³ Abbagnano Diccionario de Filosofía.4ª ed. México: Fondo de Cultura Económica; 2012. Ambigüedad; p.54. Certidumbre; p.154. Conflicto; p.208.Percepción; p.805.Único; p.1060.

⁴⁴ Diccionario de la lengua española (DRAE). Edición 23ª, [Internet]. [consulta 08 abril 2015] Disponibile en:<http://lema.rae.es/drae/?val=satisfaccion>

⁴⁵ Schunk DH. Teorías del Aprendizaje. Una perspectiva educativa. [Internet]. México: Pearson Educación; 2012. [citado 2015 Jun 13]. Disponible en: http://www.academia.edu/8093359/SEXTA_EDICI%C3%93N_TEOR%C3%8DAS_DEL_APRENDIZAJE

⁴⁶ Habib G. El acompañamiento escolar y educativo en Francia. RMIE. 2007; 12 (32):207-42.

⁴⁷ Soto VMM. Enfermería: Teselaciones para la formación superior. [internet]. 1a ed. San Luis: Nueva Editorial Universitaria U.N.S.L; 2009. [consulta julio de 2015].Disponible en: http://www0.unsl.edu.ar/~disgrafneuweb2pdfEnfermeri_a.pdf Cap. X P.174

⁴⁸ Siles GJ, Solano RC, Ferrer HE, Rizo BM, Fernández MMÁ, Castell MM, et al. La reflexión en la acción como instrumento de autoevaluación y resiliencia en las prácticas clínicas de alumnos de enfermería.<http://www.eduonline.ua.es/jornadas2010/comunicaciones/256.pdf>

⁴⁹ Carrillo AAJ, García SL, Cárdenas OCM, Díaz SIR, Yabrudy WN. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. Enferm. glob.[revista en la Internet]. 2013 Oct [citado 2015 Jul 29]; 12(32): 346-361. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400021&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400021&lng=es)

⁵⁰ Cárdenas BL, Arana GB, Monroy RA, García HML. Cuidado profesional de Enfermería. 1a. ed. México: Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería, A.C. (FEMAFEE); 2009.

⁵¹ Seago JA. Autonomy: A Realistic Goal for the Practice of Hospital Nursing Revista Aquichan. 2006;6(16):93-103

⁵² Galicia ALC, Rodríguez JS, Cárdenas JM. El proceso de integración del alumno al entorno clínico para el aprendizaje reflexivo.Enferm. Univ.ENE0-UNAM.

2010;7(4): 53-61. Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/reu/article/viewFile/25026/23532>

⁵³ Avendaño CWR, Parada TAE. El currículo en la sociedad del conocimiento. *Educ Educ*. 2013; 16(1):159-74.

⁵⁴ Zarza AM, Luna VF. Espacios vividos de la práctica en el currículum del licenciado en enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia-Universidad Nacional Autónoma de México, México. *Enferm. Univ.* [revista en la Internet]. 2014 [citado 2015 Jun 28]; 11(4): 132-138. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-706201400040000&lng=es.

⁵⁵ Francisco DRJC. De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. *Concepciones presentes en el ejercicio profesional* [Tesis doctoral]. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá; 2008.

⁵⁶ Barrón MC. Docencia universitaria y competencias didácticas. *Perfiles Educativos*, [Internet] 2009 [consulta 22 nov 2014]; XXXI (125): 76-87. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-2698200900000006&lng=es&tlng=pt.

⁵⁷ Ledesma DME, Rino MMM. The nursing process presented as routine care actions: building its meaning in clinical nurses' perspective. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2009; 17: 328-34.

⁵⁸ Standing, M. Clinical decision-making skills on the developmental journey from student to Registered Nurse: a longitudinal inquiry. *Journal of advanced nursing*. 2007;60(3): 257-269.

⁵⁹ González VMS, Morán PL, Sotomayor SS, León MZ, Espinosa OA, Paredes BL. Un estudio comparativo de estilos de toma de decisión en estudiantes novatos y avanzados de enfermería de la UNAM. *Perfiles Educativos*. [internet].2011 [Fecha de consulta: 29 de julio de 2015]; 33(133): pp134-143. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13219088008>.

⁶⁰ Barbero J, Prados C, González Alicia. Hacia un modelo de toma de decisiones compartida para el final de la vida. *Psicooncología*. [internet]. 2011 [Fecha de consulta: 29 de julio de 2015]; 8(1): pp. 143-168. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/PSIC1111120143A/35039>

⁶¹ Morán PL. Formar enfermeros para la práctica reflexiva, un reto que requiere acciones deliberadas. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*. 2014; 4 (3):5-7.

⁶² Vizcarra F. Premisas y conceptos básicos en la sociología de Pierre Bourdieu. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*. [internet].2002[Fecha de consulta: 25 de octubre de 2015];(VIII):pp55-68. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31601604>.

⁶³ Durán VMM. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Aquichán* [serial on the Internet]. 2005 Oct [cited 2015 Oct 25];5(1):pp86-95. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100009&lng=en.

⁶⁴ Serrano GJM, Troche HP. *Teorías psicológicas de la educación*. Libro de texto [Internet]. México: Editorial Cigome S.A; 2003. [citado 2015 Jun 13]. Disponible en:<http://es.scribd.com/doc/96530081/Teorias-psicologicas-de-la-educacion#scribd>

Anexo 1. Guía de entrevista

-Diálogo con la participante, para establecer el rapport, entre ambas (participante e investigadora).

-Solicitarle datos personales, para contactarla en un futuro, para posibles próximas entrevistas.

-Informarle sobre la asignación de pseudónimos y darle a escoger el que sea de su preferencia.

-Dar a conocer el objetivo de la Investigación, y generalidades de la misma.

-Dar a conocer (lectura) de la carta de consentimiento informado, para aclaración de dudas y su aceptación y firma correspondiente.

-Inicio de la entrevista (En un lugar asignado para ello).

-Encender la grabadora y colocarla en un lugar estratégico, de ser posible fuera de la vista de la participante, para que no sea fuente de inhibición durante la entrevista.

-Iniciar la entrevista.

Preguntas de la investigación

1. ¿Hábleme de sus experiencias en el servicio social?
2. ¿Qué me cuenta usted, sobre sus experiencias en la resolución de problemas clínicos, en su servicio social?
3. ¿Cuénteme de qué manera resuelve los problemas de la práctica clínica?

-Concluir la entrevista y agradecerle a la participante su colaboración en la investigación y dejar abierta la posibilidad de futuras entrevistas.

Anexo 2. Carta de consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO COORDINACIÓN GENERAL DE ESTUDIOS DE POSGRADO PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

Consentimiento Informado

En la Cd. de Culiacán, Sinaloa; siendo el día ____ del mes de _____ del 20

A quien corresponda

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para formar parte de una investigación científica, no lucrativa, que se titula: **“Experiencias de los pasantes de enfermería, en el proceso de resolución de problemas clínicos”**, que tiene como objetivo comprender las experiencias que viven los pasantes de enfermería en el proceso de resolución de problemas clínicos. A la vez autorizo y comprendo que una investigadora me entrevistará y audiogravará en la institución donde presto mi servicio social el día y la hora que a mí se me facilite y que se me preguntará sobre mis experiencias en mi servicio social. La entrevista tendrá una duración hasta de dos horas como máximo y la investigadora podrá localizarme para más información en un futuro. Este consentimiento es otorgado en forma plenamente libre y voluntaria y aun después de que haya iniciado, puedo rehusarme a continuar y decidir dar por terminada mi participación en la investigación, y que ello no me afectará en un futuro en ningún aspecto en mi institución y que además no recibiré ningún beneficio económico. Sé que mis respuestas a las preguntas, se tratarán con el respeto hacia los principios de protección de la intimidad y confidencialidad y no se proporcionarán a nadie más y no seré identificado (a) de ninguna manera en cualquier reporte. Los hallazgos de esta investigación tendrán implicaciones para la integración de una nueva Epistemología de la práctica profesional que busca otorgar cuidado holístico, así como favorecer el desarrollo disciplinario de Enfermería. Se me ha informado que el resultado de esta investigación me será proporcionado antes de ser publicado. Estoy enterado (a) también que toda pregunta, duda o aclaración, será respondida a plena satisfacción cuando yo así lo solicite de manera personal o telefónica por el responsable de este proyecto de investigación: Graciela Márquez Martínez. Estudiante de la Maestría en Enfermería de la UNAM, con número de teléfono celular 6671347786, con domicilio en calle Álvaro Obregón S/N Col. Tierra Blanca, Culiacán, Sinaloa, México.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de un testigo

Nombre y firma del Investigador (a) Responsable

Anexo 3. Autorización ESEC UAS

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
ESCUELA SUPERIOR DE ENFERMERÍA, CULIACÁN
PROGRAMAS ESPECIALES**

Culiacán, Sinaloa; Julio 30, del 2014

C. DRA. PATRICIA DE LOURDES RETAMOZA
DIRECTORA
ESCUELA SUPERIOR DE ENFERMERÍA CULIACÁN
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA

AT'N: DRA. GRACIELA HERNÁNDEZ
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
ESCUELA SUPERIOR DE ENFERMERÍA CULIACÁN

PRESENTE

Por este conducto me dirijo a usted con el propósito de saludarla y a la vez someter un proyecto de investigación para su autorización, ante el Comité de Ética e Investigación, de la Unidad Académica, a la que usted dignamente dirige. Lo anterior, ya que me encuentro cursando la Maestría en enfermería de la UNAM, con sede externa Culiacán, 12ava generación”.

Le informo también que el proyecto de investigación se titula: “**Experiencias de los pasantes de enfermería, en el proceso de resolución de problemas clínicos**”.

Sin otro particular de momento, reciba un cordial saludo, y agradezco de antemano las atenciones que se sirva prestar al presente.

ATENTAMENTE

GRACIELA MÁRQUEZ MARTÍNEZ
ALUMNA DE LA MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

Anexo 3. Autorización ESEC UAS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
ESCUELA SUPERIOR DE ENFERMERÍA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

REGISTRO DE PROYECTOS

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
CONVENIO UNAM/UAS

PROYECTO	AUTORA
Experiencias de los egresados de enfermería, en el proceso de resolución de problemas clínicos	Lic. Enf. Graciela Márquez Martínez
Tutora Principal. Dra. Laura Morán Peña	
Cotutora Mtra. Sofía Elena Pérez Zumano	
REGISTRO DEL PROYECTO 001-14	
 Dra. Graciela Hernández	
 UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA Esc. Superior de Enfermería DIRECCIÓN	

Culiacán Sinaloa 25 de Agosto de 2014

Anexo 4. Autorización HPS. Hoja 1



Hospital Pediátrico de Sinaloa "Dr. Rigoberto Aguilar Pico"

Departamento de Investigación
Registro de Protocolos de Investigación

Número de Registro: 2014.HPS.DI.138

Fecha 28/08/2014

1.- Experiencias de los egresados de enfermería, en el proceso de resolución de problemas clínicos.

2.- Tipo de Investigación:

Encuesta Clínica Epidemiológica Básica Aplicada

3.- Línea de Investigación: Educación.

4.- Participantes en el proyecto

Nombre	Lic. Graciela Márquez Martínez
Grado Académico	Licenciatura en Enfermería
Cargo	Estudiante de Maestría en enfermería
Dependencia	Hospital Pediátrico de Sinaloa
Participación en el proyecto	Investigadora

Nombre	Dra. Laura Morán Peña
Grado Académico	Doctorado
Cargo	Departamento de posgrado UNAM
Dependencia	Universidad Nacional Autónoma de México
Participación en el proyecto	Tutora (externa)

Nombre	Enf. Blanca rocio Reyes Estrada
Grado Académico	Licenciatura en Enfermería
Cargo	Enseñanza de enfermería
Dependencia	Hospital Pediátrico de Sinaloa
Participación en el proyecto	Tutora (interna)

Anexo 4. Autorización HPS. Hoja 2



**Hospital Pediátrico de Sinaloa
"Dr. Rigoberto Aguilar Pico"**

**Departamento de Investigación
Registro de Protocolos de Investigación**

5.- Cuenta con apoyo para realizar el proyecto

Si No

Patrocinador del proyecto

Notas:

Anexar con este documento una copia del Protocolo de Investigación siguiendo el formato especificado

Usar el número de registro otorgado posterior a la entrega de este documento para cualquier otro trámite en el Departamento de Investigación

Anexo 4. Autorización HPS. Hoja 3



Hospital Pediátrico de Sinaloa
"Dr. Rigoberto Aguilar Pico"

Departamento de Investigación
Registro de Protocolos de Investigación

Para ser llenado por el Departamento de Investigación

Evaluación
Aprobado Aprobado con modificaciones _____ Rechazado _____

Número de Registro: 2014.HPS.DI.138

Firma:

Nidia Maribel León Sicairos
Dra. Nidia Maribel León Sicairos



Sugerencias:

Asignar un tutor que se encuentre en el Hospital Pediátrico de Sinaloa.

Instrucciones de llenado

- 1.- Escribir el título del proyecto de Investigación
- 2.- Indicar el tipo de Investigación a la que pertenece marcando con una "X"
- 3.- Escribir la línea de Investigación a la que pertenece el proyecto
Ejemplos:
Enfermedades infecciosas
Gastroenterología
Nutrición
Medicina basada en evidencia etc.
- 4.- Escribir los datos de los participantes
Nombre (Escribir el nombre completo)
- Grado Académico (Último grado académico obtenido)
- Cargo (Adscripción en el lugar de trabajo)
- Dependencia (Lugar de trabajo al que pertenece, se debe indicar unidad a la que pertenece, Institución, domicilio con código postal, teléfono, fax y correo electrónico)
- Participación en el proyecto (se debe indicar si es el estudiante, el asesor o Tutor).

Anexo 5. Cuadro de frecuencias



Universidad Nacional Autónoma de México
 Coordinación General de Estudios de Posgrado
 Programa de Maestría en Enfermería

Tesis: Experiencias de los pasantes de enfermería, en el proceso de resolución de problemas clínicos

Cuadro de Frecuencias

No. Prog.	Unidades temáticas	América P1	Europa P2	Asia P3	Oceanía P4	África P5	Luna P6	Tierra P7	Sol P8
1	Temor a un medio ambiente desconocido.	1	22	2					
2	Incertidumbre en las acciones a realizar ante un problema clínico, puesto que sólo lo detecta.	2							
3	Sentimiento de temor por falta de experiencia práctica.	15							
4	Falta de competencias específicas, para resolver problemas clínicos de enfermería, limitándose sólo a su detección.	9							
5	Sentimiento de estrés ante situaciones prácticas en las que no se tiene experiencia.	18							

6	Incertidumbre en la identificación del problema y en las acciones a realizar.	29		18,27,29					
7	Enfrentamiento con situaciones ambiguas de la práctica.	38		3					
8	Conocimiento ambiguo de la naturaleza del problema.		8						
9	Inexperiencia en la solución de problemas clínicos.		34,38						
10	Sentimiento de temor por falta de experiencia en el cuidado de los pacientes pediátricos graves.			3					
11	Sentimiento de temor ante la falta de conocimientos teóricos y prácticos.		26						
12	Sentimiento de falta de experiencia de tratar con niños.	6							
13	Sentimiento de temor e inseguridad por la falta de experiencia práctica.			19					
14	Impacto ante el cuidado especializado del paciente crítico.			12					

15	Reconocimiento de la experiencia y del arte de otros integrantes del equipo de salud.	11, 12, 13							
16	Reconocimiento del arte profesional de la enfermería.	21							
17	Aprendizaje de un saber práctico por medio de la observación.	15	7,14,20, 34,35	19,20					
18	Saber práctico, aprender haciendo, en los laboratorios clínicos, bajo la dirección de un tutor experto, que dirija la reflexión en la acción y la reflexión sobre la reflexión en la acción.	19							
19	Reconocimiento de la experiencia y del conocimiento en la acción para la reflexión en la acción de la enfermera experta en el área.	20							
20	Reconocimiento del nivel de experiencia de las enfermeras del área por medio de los conocimientos teóricos y prácticos.	21							

21	Reflexión sobre contar con saberes teóricos, pero no saberes prácticos.	29							
22	Desarrollo de habilidades prácticas en la resolución de problemas clínicos.	36							
23	Inexperiencia práctica en pacientes pediátricos.	45							
24	Falta de experiencia en el aprender haciendo.	46		28					
25	Sentimiento de inseguridad en sus saberes prácticos.		9	22					
26	Reflexión sobre la resolución de problemas, mediante el análisis del pensamiento crítico.		10,23						
27	Necesidad de conocer en la acción, para desarrollar un conocimiento del problema en la acción.		19						
28	Adquirir conocimiento práctico en forma progresiva para solucionar problemas.		20						
29	Reflexionar durante la resolución del problema.		20						

30	Aplicar conocimiento en la acción, y reflexión en la acción para solucionar problemas clínicos.		25,26						
31	Aplicación de la reflexión en la acción y reflexión de la reflexión en la acción en la resolución de problemas clínicos.		28						
32	Aplicación del conocimiento en la acción reflexión en la acción y reflexión de la reflexión en la acción en la resolución de problemas clínicos.		29,35						
33	Experiencia y conocimiento práctico de la enfermera principiante avanzada.		33						
34	Demostración de cierto grado de experiencia práctica.			36					
35	Competencias prácticas, para manejar zonas indeterminadas de la práctica profesional independientes de las competencias técnicas.	52,63							

36	Perspectiva y demandas de la práctica reflexiva.	53							
37	Tutoría clínica de apoyo a la transición.	1	4,5,32,	42,43	3,6,9, 10,11,13, 13,14,25, 34,	1, 1,1, 1,1,2, 3,4,4, 6,7,8, 1011,14 19,22, 25,37	4,9,19, 20,23, 29,31, 37,37	1,3,5, 10,10, 12,13, 14,19, 20,30	2,8, 11,20, 24
38	Tutoría clínica de una enfermera con mayor experiencia, de apoyo a la transición.	5,10,29, 30,31	1	17,19, 35, 38					
39	La tutora clínica, supervisa a la pasante y de acuerdo a como va adquiriendo mayor experiencia, le delega mayor responsabilidad.	16							
40	La tutora clínica, supervisa a la pasante y de acuerdo a como va adquiriendo mayor experiencia, le permite más intervención con los pacientes.	1,17							
41	Siguiendo la dirección de una enfermera clínica experta en el área.	51							

42	Necesidad de la guía y dirección de una tutora clínica experta, para solucionar un problema.		20,21, 24,26, 29,37, 38	3,4, 9, 15,28, 29					
43	Necesitando tutoría clínica experta.		12						
44	Necesidad de la dirección constante de la tutora clínica experta.			26					
45	Progresión en la autonomía, para la resolución de problemas clínicos.	33,57,60	25		6,7,12, 13,14,15,	1,1,3, 5,11, 34, 35		5,7,8, 11,15 17,18, 27	8,9,10, 11,12, 13,17, 18,21
46	Progreso en la ejecución de procedimientos simples a complejos.	11							
47	Discrepancia entre el currículum formal, currículum vivido y la realidad de la práctica.	47,62	16,17, 18	30	23	15,16, 21,23	33		28,30, 31
48	Falta de integración entre la teoría y la realidad de la práctica profesional.	46,47							

49	Falta de conexión entre el conocimiento profesional que prevalece en las escuelas profesionales y las competencias que se les exigen a los prácticos en el terreno de la realidad.	49							
50	Currículo educativo más orientado al saber teórico que al saber práctico.	19							
51	La rutina como forma limitada de reflexión en la acción.	34,39, 40,57		3,4,7, 9,10, 27,41, 44,45, 46	35,36,37	37	6,8,23, 24,34, 35		17,17, 19
52	Señalamiento de rutina como acciones en serie, sin reflexión en la acción, ni reflexión sobre la reflexión en la acción.	24							
53	Pasante con seguridad y autoconfianza en sus conocimientos, pero a la vez observa para conocer hábitos y rutinas para ayudar.	26							

54	A pesar de las circunstancias, el pasante toma decisiones para resolver problemas.	38,38	11,27		14,16,18, 21,25,26, 28,33,39	11,13, 35	18,19, 22,23. 32,33, 37,39	2,4,5, 6,9,16, 26,27	21, 22, 22, 22, 22, 24
55	Toma de decisiones de enfermería.	2,3	27,28, 31	16					
56	Investigación para la toma de decisiones.	8			19,20				
57	Interés en resolver los problemas clínicos, pero falta de competencias genéricas para hacerlo.	7							
58	Experiencia de la transición de estudiante a profesionalista de enfermería.	5,8,16, 22,29, 44,65	1,2,3, 12,13, 15	1,23, 23		21,22, 26,27, 37,38, 38		20,20, 21,23, 25,31, 34,35	16,23, 25,26, 27
59	Transición saludable.				1,22, 29,30	9,10,15, 28,37	5,20,37	1,19,22, 28,29, 30,32, 33	1,3,15, 17,24, 32,
60	Condiciones que influyen a la inserción y transición saludable a un medio ambiente laboral desconocido.	1	1, 22	1, 34					
61	Transición de principiante a principiante avanzada.	1,5,26		2					
62	Conciencia de la experiencia de la transición.	8							

63	Compromiso de la experiencia de la transición.	10							
64	Refleja las condiciones personales de la transición.	24							
65	Transición progresiva y saludable.	26							
66	Sentirse calificada y apta para ayudar y aportar al servicio, como parte del proceso de una transición saludable.	26							
67	Proceso de transición saludable manifestado por sentido de pertenencia, conexión y estar situada a la Institución, pero a la vez existen inhibidores como subestimar las relaciones humanas con sus iguales, para completar ese proceso saludable.	27							
68	Dominio de habilidades técnicas como patrón de respuesta a la transición.	30							
69	Estar situado en el tiempo como propiedad de la transición.	34,35		5					
70	Temporalidad del cambio.	35							

71	Manifestación de sentimiento de seguridad como proceso de una transición saludable de los egresados.	56		33,36, 39					
72	Reconocimiento del entorno hospitalario como condición de la transición que facilita el proceso de una transición saludable.	61							
73	La interacción y las relaciones, como patrón de respuesta a la transición.	41							
74	El compromiso y la responsabilidad como grado de implicación en el proceso de transición.	44							
75	Manifestación de compromiso, responsabilidad y cambio de actitudes, ante la etapa de una transición saludable.	44							
76	Experiencia de la transición en el tiempo.		12						
77	Proceso de transición saludable.		13						

78	Misión bien establecida de ayuda a los pacientes, y demostración de una gran satisfacción de lo que les aporta a ellos y a la institución.	27							
79	Manifestación de satisfacción a pesar del cansancio y agotamiento.	11							
80	Sentimiento de haber sido útil en el cuidado del paciente.			36,38					
81	Experiencia de la naturaleza de la transición, manifestada por cambios en los roles profesionales.		15	11					
82	Condiciones de las transiciones, que inhiben una transición saludable.			39					
83	Inhibidores de una transición saludable.				1,1,1		1,1,2, 3,7, 9, 9,10,11, 12,13, 14,17, 39		
84	Sentimiento de inseguridad en sus conocimientos teóricos y prácticos.		11,12						

85	Sensibilidad ante el dolor de los padres por la muerte de su hijo.			12					
86	Sensibilizarse con el mundo de los pacientes pediátricos.	3,61	34	13,14					
87	Solidaridad con el sufrimiento de los padres.			14					