



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES**  
**ZARAGOZA**



**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**APRENDIZAJE PROCEDIMENTAL DE SIGNOS VITALES EN ALUMNOS DEL  
PRIMER AÑO DE ENFERMERIA EN LA FACULTAD DE ESTUDIOS  
SUPERIORES ZARAGOZA**

# **TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:**

## **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTA:**

**TORRES MEDINA MARISOL**

**DIRECTORA DE TESIS:**

**DRA SILVIA CRESPO KNOPLER**

**PROYECTO PAPIME PE203413**

**Mejoramiento de la enseñanza a través de videos educativos en la línea  
curricular proceso salud enfermedad de la Carrera de Enfermería de la FES  
Zaragoza**

**MÉXICO, D.F. Noviembre de 2014**



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.

# AGRADECIMIENTOS

Es difícil agradecer a una sola persona por acompañarme en el camino de este proyecto que resulto uno de los más importantes en mi carrera, sin embargo me siento afortunada de haber conocido a personas tan valiosas como lo es la Dra. Silvia Crespo Knopfler Profesora de tiempo completo de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, quien fue la persona que confió en mí, me enseñó, me guio, me cuidó y me apoyo en todo este largo camino y que sin duda jamás hubiera logrado esto sin ella, no tengo como agradecer tanta paciencia, comprensión y cariño, infinitas gracias.

A la Dra. Susana González Jefe de la Carrera de Enfermería quien confió en mi para formar parte del proyecto PAPYME, y que sin su apoyo, nunca hubiera tenido la oportunidad tan grande que se me brindo.

A mi familia que fueron un apoyo incondicional en cada momento, que nunca me dejaron y que sé y agradezco tenerlos conmigo, gracias por sus palabras, sus ánimos y por creer en mí, gracias por siempre tratar de llenar el vacío que dejo mi madre. Gracias Mamá y Papá porque sé que siempre han estado a mi lado para cuidarme, amarme y guiarme por un buen camino.

A la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM, por estos 5 años de educación, excelencia y formación.

# INDICE

I.	INTRODUCCIÒN.....	1
II.	MARCO TEORICO.....	3
III.	ESTADO DEL ARTE.....	23
IV.	JUSTIFICACIÒN.....	25
	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
V.	OBJETIVOS.....	27
VI.	MATERIAL Y MÈTODOS.....	27
VII.	HIPÒTESIS.....	29
VIII.	ASPECTOS ÈTICOS Y LEGALES.....	30
IX.	RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	32
X.	DISCUSIÒN.....	49
XI.	CONCLUSIONES.....	51
XII.	ANEXOS.....	53
XIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	57

## I. INTRODUCCIÓN

En la formación de los alumnos de la carrera de enfermería, las prácticas clínicas son un componente esencial para su formación, dichas prácticas permiten que los alumnos tengan contacto con la realidad asistencial y a su vez ponen en práctica los conocimientos adquiridos.

Las prácticas se realizan en dos unidades, las análogas en las instalaciones de la escuela, y las clínicas que se realizan en distintas unidades hospitalarias de primer nivel de atención tales como clínicas y centros de salud.

Las prácticas clínicas tienen un gran impacto educativo, ya que los conocimientos que se adquieren en ellas, permitirán el desarrollo de las habilidades y actitudes propias de cada estudiante que les serán necesarias para la adquisición de competencias que les permita incorporarse como profesionales en el ámbito de salud, ya que el método de aprendizaje seguido en la práctica clínica se desarrolla fundamentalmente a través de la experiencia.

Los estudiantes que se integran a estas instituciones desde el primer día de clases comienzan su viaje a través del conocimiento científico teórico, calificándolo en ocasiones, como una verdad absoluta; pero las grandes interrogantes comienzan a surgir cuando aparece otro tipo de conocimiento, el cual se denomina saber práctico.

Heidegger lo define como el saber que se obtiene de una situación, donde se comparten habilidades, hábitos y conocimientos, no existe en los libros, sino más bien en las experiencias laborales de los enfermeros asistenciales. Mientras que el saber teórico sirve para que el individuo asimile un determinado conocimiento y establezca relaciones que le permitan comprender diferentes sucesos. De este modo se inicia la alianza entre ambos conocimientos, el teórico y el práctico. Estas estructuras metodológicas favorecen la capacidad crítica del alumno durante su proceso de aprendizaje, preparándolos creativamente en áreas técnicas y humanas, obteniendo como resultado la entrega de cuidados profesionales a cada individuo y comunidad.

La adquisición de ambos conocimientos recién comienza con los estudios formales, una vez que ya se es profesional, la sensación de no tener la habilidad técnica o el conocimiento teórico para resolver determinados problemas permanece. La especialización en un área específica o el trabajar en un determinado lugar por un tiempo determinado, le permiten al profesional de enfermería desarrollar una especie de seguridad en la toma de decisiones asistenciales.

La presente tesis tiene como objeto de estudio ¿Cuáles son los factores que tengan un impacto en el aprendizaje procedimental y desarrollo práctico de la toma de signos vitales en la práctica análoga y clínica?

Por tal motivo decidimos realizar esta investigación la cual lejos de evaluar el conocimiento teórico con el cual el alumno ingresa a las clínicas de primer nivel, nos gustaría conocer los factores los cuales hacen que su práctica clínica sea más complicada o de cierta manera frustrante, porque si los conocimientos los tienen, a la hora de realizar los procedimientos les cuesta tanto trabajo, a que le temen, que tanto consideran que son buenos para dichas actividades y que factores disminuyen su potencial para no hacerlo correctamente. Sin embargo para poder obtener un resultado, tenemos que iniciar conociendo su manera de aprender y que tanta importancia le dan a este punto.

El presente estudio es un estudio de tipo exploratorio, longitudinal, de campo sobre los factores que inciden en la realización de la toma de signos vitales en el laboratorio, pero con mayor énfasis en la clínica con relación aquellos factores que no tienen relación con la teoría o sea los conocimientos o la práctica análoga, aun cuando se contó con auxiliares audiovisuales sobre signos vitales, demostración en la práctica análoga por parte de los docentes. Se consideró que están determinados principalmente por la personalidad del alumno, el enfrentamiento a la práctica clínica, así como la atención de pacientes reales y el entorno clínico en los alumnos del primer año de enfermería.

Se pudo observar que por los resultados del estudio que los factores que influyen en sus deficiencias que consideran son importantes o entorpecen su aprendizaje o su capacidad para lograr obtener un resultado correcto y entre las más mencionadas aparece el estrés y nervios al tratar con un paciente real 29%, así como la falta de práctica con el mismo porcentaje y deficiencias en la coordinación en sus manos (psicomotricidad) con un 24%.

## II. MARCO TEORICO

### APRENDIZAJE

El aprendizaje es vital para la sobrevivencia de los organismos, dada la importancia que tiene en la diferenciación, especialización, significación y trascendencia para la vida. Si los organismos no aprendiéramos, no habría experiencias, no aprovecharíamos respuestas exitosas y de cierta manera estaríamos condenados a repetir los mismos errores. La diferencia entre dos personas en muy buena medida se debe al aprendizaje.

El aprendizaje se refiere a los cambios o efectos relativamente estables que se generan en un individuo debido a la experiencia.

El principio fundamental que determina el fenómeno del aprendizaje consiste en las asociaciones que establecen los organismos al relacionar eventos (estímulos y respuestas) que ocurren en sus experiencias de vida, de esta manera aprenden a diferenciar las situaciones que se relacionan con eventos que les generan bienestar o recompensa y aquellas que producen eventos adversos y desagradables.

Condicionamiento se le conoce al proceso de establecimiento de asociaciones y existen dos tipos: condicionamiento clásico o reflejo (Iván Pavlov), y condicionamiento operante o instrumental (Thorndike), en el clásico, la asociación se establece entre estímulos que evocan respuestas reflejas o involuntarias; en el operante las asociaciones se establecen entre respuestas y estímulos consecuentes que refuerzan la conducta.

Posteriormente Skinner se refirió a los estímulos limitándose a sus efectos sobre la conducta, de manera que un estímulo que incrementa la probabilidad de que ocurra una respuesta lo llamo “reforzador” y los definió como reforzadores positivos y negativos. Los reforzadores positivos son los estímulos que siguen a una respuesta y aumentan su probabilidad de ocurrencia. Los reforzadores negativos son los estímulos que desaparecen después de una respuesta y aumentan su probabilidad de ocurrencia.

### COGNICIÓN EN EL APRENDIZAJE

Los humanos aprenden bajo los principios del condicionamiento antes mencionados, pero además tienen la capacidad de relacionar eventos distantes en el tiempo y espacio, esta capacidad de abstraer, de transferir (principios o reglas y no generalización de estímulos), les permite a los humanos distanciarse de las relaciones concretas, no se limitan a las asociaciones empíricas, *de facto*, basadas en hechos concretos del presente, sino que se pueden relacionar eventos ocurridos en el pasado remoto, lo que da lugar a procesos cualitativamente diferentes de los que ocurren a los animales.

El aprendizaje por observación es otro proceso que diferencia a los humanos de los animales. El aprendizaje voluntario es distinto al condicionamiento, porque hay predisposición y nos valemos de la observación.<sup>1</sup>

Psicología educativa y la labor docente

Durante mucho tiempo se consideró que el aprendizaje era sinónimo de cambio de conducta, esto, porque dominó una perspectiva conductista de la labor educativa; sin embargo, se puede afirmar con certeza que el aprendizaje humano va más allá de un simple cambio de conducta, conduce a un cambio en el significado de la experiencia.

La experiencia humana no solo implica pensamiento, sino también afectividad y únicamente cuando se consideran en conjunto se capacita al individuo para enriquecer el significado de su experiencia.

Para entender la labor educativa, es necesario tener en consideración otros tres elementos del proceso educativo: los profesores y su manera de enseñar; la estructura de los conocimientos que conforman el currículo y el modo en que éste se produce y el entramado social en el que se desarrolla el proceso educativo.

## **TEORIAS DE APRENDIZAJE**

En la teoría social del aprendizaje de Albert Bandura, se plantea que gran parte del aprendizaje se sustenta en la observación, imitación o aprendizaje vicario.

Bandura describe cuatro procesos implicados y secuenciados, el primero inicia con la atención del comportamiento de un modelo, seguido de la memorización, luego la ejecución de los comportamientos observados e imitados, y finalmente las consecuencias (reforzamientos o castigos) a las respuestas emitidas que forman la motivación. Es importante señalar que un modelo también se puede establecer como pauta para evitar comportamientos que observamos y cuyas consecuencias adversas, no deseamos recibir.

El aprendizaje por observación desempeña un papel muy relevante en la escuela. Si los alumnos que tienen comportamientos apropiados o deseables no son reconocidos y apreciados socialmente, esta indiferencia hará que disminuya su ocurrencia; por el contrario, si hay comportamientos indeseables entre los alumnos, como cuando unos ejercen control sobre otros por medio de actos de violencia emotiva o agresiones físicas, ante las cuales hay indiferencia por parte de las autoridades de la escuela, estas conductas aumentan y consecuentemente se tendrá un serio deterioro en el clima escolar creado por un ambiente de pandillerismo.<sup>2</sup>

Piaget identifica la apropiación del conocimiento o aprendizaje como un proceso derivado de la interacción que tiene el individuo con su ambiente, por medio del cual forma o construye esquemas primarios de conocimiento, los cuales corresponden a concebir y construir relaciones básicas.<sup>3</sup>

## **APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO**

Ausubel, como otros teóricos cognitivistas como Novak, Hanesiany y Gowin, postulan que el aprendizaje implica una reconstrucción activa de las percepciones, ideas, conceptos y esquemas que el aprendiz posee en su estructura cognitiva. La teoría del aprendizaje significativo de Ausubel, ofrece en este sentido el marco apropiado para el desarrollo de la labor educativa, así como para el diseño de técnicas educacionales coherentes con tales principios, construyéndose en un marco teórico que favorezca dicho proceso. <sup>4</sup>

En el aprendizaje significativo, Ausubel plantea que este ocurre cuando una nueva información se conecta o relaciona con un concepto relevante preexistente, y este será significativo en la medida en la que las ideas o conceptos se encuentren de manera clara y disponible para que funcionen como un punto de "anclaje", pero no sólo se trata de una conexión arbitraria, para hablar de aprendizaje significativo, se necesita una modificación de la estructura cognitiva, de tal modo que esta nueva información adquiere un nuevo significado y es integrada a dicha estructura de manera sustancial.

Ausubel distingue 3 tipos de aprendizaje significativo:

### **APRENDIZAJE DE REPRESENTACIONES**

Es el aprendizaje más elemental del cual dependen los demás tipos de aprendizaje. Consiste en la atribución de significados a determinados símbolos, al respecto Ausubel dice: "Ocurre cuando se igualan en significado símbolos arbitrarios con sus referentes (objetos, eventos, conceptos) y significan para el alumno cualquier significado al que sus referentes aludan"<sup>4</sup>

### **APRENDIZAJE DE CONCEPTOS**

Los conceptos se definen como "objetos, eventos, situaciones o propiedades de que posee atributos de criterios comunes y que se designan mediante algún símbolo o signos" partiendo de ello podemos afirmar que en cierta forma también es un aprendizaje de representaciones. Los conceptos son adquiridos a través de dos procesos. Formación y asimilación. En la formación de conceptos, los atributos de criterio (características) del concepto se adquieren a través de la experiencia directa, en sucesivas etapas de formulación. El aprendizaje de conceptos se produce a medida que se amplía el vocabulario, lo cual permite usar combinaciones para definir atributos de criterio.

### **APRENDIZAJE DE PROPOSICIONES**

Este tipo de aprendizaje va más allá de la simple asimilación de lo que representan las palabras, combinadas o aisladas, puesto que exige captar el significado de las ideas expresadas en forma de proposiciones.

El aprendizaje de proposiciones implica la combinación y relación de varias palabras cada una de las cuales constituye un referente unitario, luego estas se combinan de tal forma que la idea resultante es más que la simple suma de los significados de las palabras componentes individuales, produciendo un nuevo significado que es asimilado a la estructura cognoscitiva.<sup>5</sup>

### **APRENDIZAJE PROCEDIMENTAL**

Es aquel conocimiento que se refiere a la ejecución de procedimientos, estrategias, técnicas, habilidades, destrezas, métodos, etcétera, que es de tipo declarativo, el saber procedimental es de tipo práctico, porque está basado en la realización de varias acciones u operaciones.

En la enseñanza de un procedimiento no sólo es necesario plantearle al aprendiz el desarrollo ideal del mismo o las rutas óptimas y concretas que conducen a su realización exitosa, también es importante confrontarlo con los errores prototipo, las rutas erróneas y alternativas u opciones de aplicación y solución del problema cuando éstos se presenten.

Una creencia errónea en la enseñanza es pretender que sea posible ejecutar un procedimiento simplemente a partir de proporcionar la información “teórica” o las “reglas” que dice cómo hacerlo.<sup>6</sup>

### **APRENDIZAJE ANÁLOGO Y CLÍNICO**

Se da en contextos de la práctica profesional, en laboratorios de práctica análoga o experimental que implique una relación humana con los fenómenos de estudio propios de la profesión.

Cuando el alumno se enfrenta en forma directa con la persona, se lleva a cabo interacciones, comunicaciones, observaciones y percepciones, que deben ser analizadas, sintetizadas y valoradas para darle sentido y significado a los datos físicos, psicológicos, sociales, espirituales que en conjunto son denominados “clínicos” que permiten construir hipótesis o diagnósticos de enfermería, los cuales se les presentan al alumno como núcleos o entidades clínicas que requieren ser solucionados para satisfacer las necesidades de la persona o para potencializar su salud.

La adaptación del alumno al conocimiento y aceptación de su realidad y la del maestro introduciéndose adecuadamente en la realidad con el fin de poder un fuerte apoyo para el alumno en la superación de la misma.

La educación y en concreto la enseñanza, se convierten en una tecnología que prepara las contingencias, las características del contexto y las peculiaridades de cada situación, y regula la administración de refuerzos.

Los fenómenos educativos son construcciones sociales y no se puede pensar en que haya una respuesta única e idónea para cada procedimiento. Pues existen soluciones múltiples, pero no equivalentes. La aplicación de metodologías científicas si puede servir para evaluar las consecuencias de las decisiones que se toman, analizar cómo reaccionan los sujetos, ver si los contenidos seleccionados son factibles.<sup>7</sup>

## LA REPETICIÓN

La repetición es un aspecto importante en el aprendizaje, constituye la reafirmación, propicia el desarrollo de destreza hasta llegar al dominio. El número de ensayos que se realizan genera los efectos de una experiencia acumulada. En el desarrollo de destrezas se observan particularidades muy importantes: la ejecución de la tarea cada vez requiere menor atención, incluso hay respuestas que se llegan a automatizar al grado que se puede atender a otras tareas, los que se conoce como *atención dividida*.<sup>8</sup>

Otro aspecto importante de la repetición y desarrollo de destrezas, es que las respuestas se van haciendo más depuradas, el número de errores se reduce hasta desaparecer, y es posible llegar a aprender actuaciones sumamente complejas. Tanto la atención como el pensamiento son selectivos, no se puede atender dos cosas a la vez, ya que los recursos del cerebro son limitados; aunque ciertamente la atención o el pensamiento pueden ser divididos, es decir, es posible atender a una tarea y pasar a otra por segundos o fracciones de segundo, de manera que llega a crear la impresión de que ocurren simultáneamente.

El aprendizaje por repetición lleva a la memorización, se logran las respuestas requeridas aunque no siempre las deseadas. Esto suele ser muy nocivo, ya que los estudiantes llegan a memorizar respuestas que no tienen significado ni significación para ellos, están vacías de contenidos, desafortunadamente esta práctica es aún muy recurrente entre los alumnos.<sup>8</sup>

La repetición significativa, cuando hay comprensión, es un recurso educativo importante, pues fortalece el aprendizaje y se hace más resistente al olvido.

En la educación resaltan 3 elementos de especificidad que da lugar a lo que llamamos las didácticas específicas. La primera es reconocer la importancia del contexto de lo que se aprende. La otra especificidad es sobre las competencias que se desea enseñar, es muy diferente aprender conceptos, aprender a pensar, aprender a juzgar, aprender actitudes o aprender a hacer; de manera análoga es diferente enseñar matemáticas, de enseñar literatura o expresión dramática. Las didácticas deben ser diferenciadas y específicas tratando de verse favorecidas bajo arreglos de cognición situada. También se deben diferenciar las particularidades del aprendiz, quien tiene características propias como son

una edad determinada, ciertos intereses, habilidades, estilo cognitivo, circunstancias socioeconómicas, un acervo cultural, que constituyen particularidades que lo definen como individuo.

La didáctica por ejercicio o experimentación, es un aprendizaje totalmente situado y específico, constituye una manera de aprendizaje por descubrimiento, es la manera en la que la mayoría de los usuarios, particularmente jóvenes, suelen comprender con facilidad.

En los años 70 algunos investigadores, entre ellos Gregorc dedicaron tiempo al estudio del comportamiento desarrollado por estudiantes seleccionados por su brillantez académica y descubrieron que existía una gran diversidad entre ellos, tanto en el método usado en las aulas al recibir información, como fuera de ella al procesar y almacenar para asimilarla. Pensaron que los distintos comportamientos tenían que ver tanto con su particular disposición natural como las experiencias previas vividas, la teoría de los estilos de aprendizaje parece confirmar que algunas diferencias detectadas entre los estudiantes se deben a su estilo personal de aprender, y vinculada a ella la intervención pedagógica actual, que se orienta a poner al alumno en la disposición de aprender a aprender.

Según Alonso, Gallego y Honey aprender a aprender se integra en 1) las necesidades del alumno, referidas al conocimiento y capacitación necesarios para hacer efectivo el aprendizaje, 2) el estilo de aprendizaje, es decir las preferencias y tendencias particulares de cada individuo y 3) la formación diseñada para el aprendizaje, entendiendo por aquel “ el conocimiento y destreza necesarios para aprender con efectividad en cualquier situación en que se nos encuentre” según Alonso “los estudiantes aprenden con más efectividad cuando se les enseña con sus estilos de aprendizaje predominantes”

Es así que Ceballos y Arribas idearon los llamados beneficios del diagnóstico del estilo personal de aprendizaje, los cuales dividieron en 3 grupos, 1) Alumnos: identificar su estilo de aprendizaje, tomar conciencia de los comportamientos y conductas propias usadas en su proceso de aprendizaje, identificar el modo y las distintas técnicas a usar para facilitar el proceso y usar los recursos más adecuados a su tipo, 2) Profesores: Identificar su estilo de aprendizaje, comprender el modo en que aprende, facilitar su forma de aprender, tomar conciencia de la correlación entre su forma de aprender y su forma de enseñar, identificar las distintas formas de aprender de los alumnos, adecuar su forma de enseñar a las distintas tipologías halladas entre sus alumnos dentro de sus posibilidades, 3) Alumnos de Enfermería: identificar su estilo de aprendizaje, comprender el modo en que aprende, facilitar su forma de aprender, tomar conciencia de la correlación entre su forma de aprender y de actuar, identificar las distintas formas de aprender de los pacientes a su cargo y así aplicar sus conocimientos teóricos, adecuar su forma de aprender a las distintas tipologías halladas entre sus pacientes. <sup>9</sup>

El hecho de que el enfermero use en su práctica profesional el estilo de enseñanza congruente con el estilo de aprendizaje que uso durante su formación, hace necesaria su introducción en el estudio y aplicación de dicha teoría. Todo esto nos lleva a ser conscientes de la necesidad de realizar una investigación sobre los estilos de aprendizaje en el campo de enfermería, con objeto de desarrollarlos en los alumnos e iniciarlos en el estudio y aplicación futura de la teoría a lo largo de su futura experiencia profesional.

## **MEMORIA**

La memoria es un complemento fundamental del aprendizaje. Si no hay capacidad de retener y evocar el efecto de experiencia de aprendizaje, este deja de tener efecto. Aprendizaje y memoria están estrechamente relacionados pero no son el mismo fenómeno. El aprendizaje se refiere al proceso de apropiación de experiencias, a la huella o efecto que dejan las experiencias, en tanto la memoria se refiere al proceso de retención (almacenamiento) y recuperación de las experiencias codificadas. No es lo mismo recordar que acordarse, ambos son procesos de memoria diferentes, que no corresponden al aprendizaje. Recordar es cuando mediante un estímulo evocamos el registro de una experiencia pasada; acordarse es cuando evocamos un registro de una experiencia pasada sin que un estímulo externo propicie la evocación.<sup>10</sup>

Toda experiencia aprendida confronta el proceso del olvido, en el que se desvanece, transforma o pierde el efecto de huella o rastro que dejó la experiencia. El olvido puede ocurrir en corto, mediano o largo plazo. El fenómeno sobre el debilitamiento o permanencia del aprendizaje en función del tiempo transcurrido, número de ensayos, dificultad de la tarea, significado y significación de las experiencias, corresponden a los factores que inciden en los procesos de memoria.

La memoria corresponde a un proceso, porque el fenómeno se constituye una serie de fases sucesivas en el transcurso del tiempo. Tres son los componentes de este proceso, la primera fase corresponde al registro o codificación de la experiencia, que se origina en las señales que se emiten en el registro sensorial, las cuales viajan y se transfieren al nivel de corteza cerebral donde se integran generando la percepción de la experiencia, que se elabora en códigos de información (registros con significado). En la segunda fase se consolida un aprendizaje por medio del cual la información queda codificada y retenida (almacenada) en un fenómeno que tipifica la memoria. En la tercera etapa, la información es evocada y recuperada en el proceso de integración de una respuesta.<sup>10</sup>

La memoria constituye una serie de procesos internos que se generan al nivel del sistema nervioso. Estos fenómenos forman lo que en psicología se conoce como componentes de los procesos cognoscitivos, los cuales generan una serie de experiencias intersubjetivas en

los seres humanos, así como ciertas competencias que los habilitan para integrar una serie de respuestas complejas. Los aprendizajes cognoscitivos (percepción-aprendizaje-pensamiento-emotividad) tienen un papel sustantivo en la memoria. Los aspectos emocionales constituyen una parte muy relevante en la memoria. Las experiencias cotidianas quedan retenidas en la memoria en diferentes códigos, los códigos más dominantes en la memoria suelen ser las imágenes y las palabras o conceptos.

Los estudios de la memoria han reconocido tres tipos de memoria en función del tiempo: *memoria sensorial*, *memoria a corto plazo* y *memoria a largo plazo*.

La *memoria sensorial*, de duración extremadamente corta, consiste en la capacidad de generar el recuerdo de las sensaciones presentes por un instante.

Cuando se presenta atención diferenciada a la estimulación sensorial se inicia la percepción que da lugar a la *memoria de corto plazo*, en la que la información es retenida por alrededor de 30 segundos. Para afianzar la información, la repetición puede hacer que la información pase a la *memoria de largo plazo*, hay otros procedimientos para afianzar la información en la memoria de largo plazo, como darle un sentido semántico a la información.

La memoria de largo plazo constituye sin duda el fenómeno más relevante de la memoria porque consiste en la capacidad de retener información por lapsos relativamente amplios; esta capacidad de retención de información se estima que es muy amplia, no hay una capacidad limitada, es posible aprender a lo largo de toda la vida, entre más se sabe, esto favorece aprender y retener, además se puede seguir recordando experiencias habidas desde la infancia.

Se reconocen dos grandes componentes: la memoria implícita y la explícita o declarativa. En la primera se recuerdan los procedimientos implícitos de las acciones que realizamos, mas no demanda necesariamente la atención, como las respuestas en el condicionamiento clásico u operante.

La memoria explícita es un proceso consciente que incluye la memoria episódica y semántica. Permite recordar, quien, que, por que, para qué, cuándo, dónde, con quién, lo que depende de los niveles de procesamiento y elaboración, determinando así la extensión de la codificación y la fuerza del trazo en memoria. Entre más profundo sea el procesamiento y extensa su elaboración, se facilitará recordar la experiencia.

La memoria episódica se organiza en el tiempo y se desarrolla por los eventos o episodios vividos, se generan referentes emocionales, se recuerda de manera deliberada y la ocasión en que sucedió el aprendizaje, la inteligencia no tiene un papel relevante. Las

fotografías familiares representan muy fielmente la imagen de momentos vividos, las cuales evocan recuerdos episódicos, con ello se refuerza la narrativa de lo que uno se acuerda, de manera que se afianza en la memoria la manera en que se recuerda el episodio de cuando se tomó la fotografía.

La memoria semántica opera dentro de los procesos cognoscitivos, que se encuentran organizados en interrelaciones conceptuales de significados formando redes o campos semánticos estructurales. Los conceptos constituyen los nodos en que se van relacionando otros conceptos con significados alineados jerárquicamente. La memoria semántica esta constituida en estructuras organizadas.<sup>11</sup>

En la memoria semántica a diferencia de la episódica, la evocación de los nodos conceptuales (significados) es puntual y automática, el nivel de procesamiento es relevante, no es posible recordar las múltiples experiencias de aprendizaje que nos permitieron ganar este conocimiento.

Hay dos efectos de interferencia en la memoria, los retrospectivos y prospectivos, el primero es el recuerdo de las experiencias pasadas y el segundo de las planteadas.

La teoría de interferencia plantea que la información se interpone y compite, ya sea dificultando el aprendizaje o desplazando información aprendida. No se puede precisar que tanta resistencia hay a olvidar, que tanto se dificultan los nuevos aprendizajes. Lo novedoso se aprende mejor, por el efecto de primicia y por lo mismo no hay competencia, lo que suele ocurrir en los jóvenes a diferencia de los adultos mayores. O se olvida, dado que nuevas experiencias compiten y desplazan lo originalmente aprendido, o es más fácil recordar cuando no hay más información que compita, que no se tenga que olvidar lo previamente aprendido. Lo importante es observar que el aprendizaje afecta al aprendizaje, lo que es muy relevante para la planeación educativa, uno de los factores centrales a considerar en la educación es el conocimiento previo del estudiante.

Existen estrategias para favorecer el recuerdo, llamadas mnemotecnias, como ya antes se indicó acordarse es traer a la memoria algo que deseamos rememorar sin un apoyo, en cambio en el recuerdo tenemos un estímulo que reconoce o que nos evoca el recuerdo, lo que es más fácil.<sup>12</sup>

## **RETROALIMENTACION**

La retroalimentación debe acompañar al proceso enseñanza-aprendizaje a lo largo de toda su extensión, con la intención de dar inmediata y oportuna información al alumno acerca de la calidad de su desempeño para que realice las correcciones necesarias con el objeto de mejorar su competencia. La retroalimentación no está restringida sólo a corregir

los errores y omisiones que cometa el aprendiz para que se haga cada vez más competente (retroalimentación negativa), si no, también, para que se dé cuenta de sus aciertos (retroalimentación positiva), como una forma de estimularlo para hacer las cosas cada vez mejor. Es una forma de aumentar su motivación intrínseca para aprender y/o trabajar con mayor eficiencia.

La retroalimentación o feedback, significa “ida y vuelta” y es, desde el punto de vista social y psicológico, el proceso de compartir observaciones, preocupaciones y sugerencias, con la intención de recabar información, a nivel individual o colectivo, para intentar mejorar el funcionamiento de una organización o de cualquier grupo formado por seres humanos. Para que la mejora continua sea posible, la retroalimentación tiene que ser pluridireccional, es decir, tanto entre iguales como en el escalafón jerárquico, en el que debería de funcionar en ambos sentidos, de arriba para abajo y de abajo para arriba.

El sentido original de la retroalimentación es compartir con una persona o un grupo de ellas, sugerencias, observaciones y oportunidades de mejora identificadas en algún acto o proceso con el fin de optimizar su funcionamiento.

La retroalimentación es central para promover el aprendizaje e involucra a los docentes y estudiantes en un análisis y dialogo sobre el aprendizaje y las metas que debe alcanzar, a partir de lo cual toman decisiones para mejorar dicho proceso. El profesor orienta y proporciona a sus estudiantes estrategias necesarias para mejorar su propio aprendizaje.

Es reconocida por los nuevos enfoques de evaluación como la acción crucial para transformar la evaluación en una oportunidad para aprender. La forma en que se van comunicando los resultados de una evaluación y las posibles acciones que se proponen al estudiante para mejorar, constituyen el instante más adecuado para aprender mediante la evaluación.<sup>13</sup>

Entre las orientaciones a las cuales apunta la retroalimentación podemos mencionar las siguientes:

- Los comentarios apuntan al trabajo de los estudiantes y lo estimulan para mejorarlo.
- La retroalimentación más eficaz es oportuna, se da en forma inmediata después de una evaluación.
- Los comentarios incluyen una retroalimentación (cara a cara) del docente a los estudiantes.
- Los comentarios implican un desafío para los estudiantes, pero basados en acciones concretas y alcanzables.

- Los comentarios entregados a los estudiantes tienen que ser claros, breves y fáciles de comprender.
- La retroalimentación tiende a ser más descriptiva, localizándose en una tarea específica y en acciones concretas, más que en comentarios solo evaluativos.
- Los comentarios tienen que ser constructivos, ya que la evaluación debe ser sensible y cuidadosa.
- Los comentarios deben enfocarse hacia metas de aprendizaje, conocidas, compartidas y planificadas.
- Los comentarios se refieren a situaciones concretas y evitan las generalizaciones, que pueden confundir al estudiante.

Podemos concluir que la retroalimentación se entenderá como un proceso de diálogo mediante el cual el profesor le proporciona información al estudiante sobre el estado actual de su aprendizaje, a partir de evidencias recogidas en situaciones específicas, el profesor identifica e indica que ha sido bien hecho en la tarea, que se debe mejorar y entrega estrategias concretas a sus estudiantes de cómo mejorar, dentro de este proceso el profesor también motiva al estudiante a identificar sus errores y reconocer sus propias estrategias de aprendizaje con el fin de autocorregirse. Este proceso de retroalimentación involucra criterios de calidad compartidos por el profesor y el estudiante, que le ayudan de forma más efectiva a visualizar y comprender sus metas de aprendizaje, así mismo lo guían para poder llevar a cabo un proceso de autoevaluación, que lo hace más consciente de su propio aprendizaje.<sup>13</sup>

## **PSICOMOTRICIDAD**

Nuestros comportamientos y nuestras conductas reflejan primero, la complejidad de nuestra personalidad y luego resultan de las interacciones entre sus diversos componentes socio-afectivos, cognitivos y motores que subrayan algunas reacciones corporales en el momento de situaciones encargadas de emoción, y traducéndose por la aparición de sudor, palidez, rubor o temblor.

Es la persona, en situación de interacción con su entorno físico y social, quien recibe toda la atención en la psicomotricidad, la vida psíquica se materializa dentro de las manifestaciones motoras, el cuerpo sirve así de interfaz entre las percepciones que el psiquismo transforma y las respuestas neuromusculares observables en el tono muscular o la motricidad del sujeto.<sup>14</sup>

<b>MOTRICIDAD</b>	<p>Conjunto de funciones que aseguran los movimientos autogenerados de un organismo.</p> <p>Estudio de los movimientos humanos y de sus características cinéticas y cinemáticas (¿Cómo actuamos?)</p> <p>Estudio del hombre en movimiento y de los comportamientos motores significativos (¿Por qué actuamos?)</p>
<b>MOVIMIENTO</b>	Cambio de posición o de plaza imprimido a un cuerpo o a una de sus partes, tiene características cinéticas (fuerza) y cinemáticas (velocidad, aceleración, dirección, amplitud.)
<b>ACCION MOTRIZ</b>	Serie de operaciones o de acciones coordinadas de un movimiento voluntario y solicitando la participación total de la persona (aspecto físico, cognitivo y afectivo) en una tarea dada, para alcanzar un objetivo.
<b>COORDINACION MOTRIZ</b>	Ajustamiento espacio-temporal de las contracciones musculares para generar una acción adaptada a la meta perseguida.
<b>PSICOMOTRICIDAD</b>	<p>Estudio de las interacciones entre las funciones psíquicas y las funciones motrices</p> <p>-normales: ¿Cómo las acciones motrices favorecen el desarrollo y la adquisición de los conceptos?</p> <p>-anormales:(trastornos psicósomáticos: tono muscular, asma etc., sin daño nervioso.</p> <p>¿Qué es lo que pone a un ser en movimiento?</p> <p>¿Por qué actuamos?</p>
<b>EDUCACION PSICOMOTRIZ</b>	Aproximación pedagógica que aspira a la integración de las funciones motrices y mentales, combinando el desarrollo del sistema nervioso y las acciones educativas.
<b>EDUCACION MOTRIZ</b>	Parte de la educación teniendo en particular los conocimientos y la facilitación de los aprendizajes escolares utilizando lo vivido motor del niño en particular para los conceptos de espacio, tiempo, energía y contrastes y así formar su esquema corporal, de la motricidad fina y de la caligrafía.
<b>APRENDIZAJE MOTOR</b>	Estudio de los factores internos y externos que influyen en la adquisición de movimientos

coordinados (atención, memoria, organización de repeticiones, tiempo de reacción, transferencia, etc.)

Fuente: CUERDA, José Luis. Revista de [psicomotricidad.com](http://www.educacionpsicomotrizsensorial.blogspot.com) [en línea]. [Fecha de consulta: Septiembre del 2014]. Disponible en: >. <http://www.educacionpsicomotrizsensorial.blogspot.com>

## LA PRÁCTICA ANÁLOGA

En la formación de estudiantes de enfermería, un aspecto importante es la enseñanza de técnicas y procedimientos que el alumno debe ejecutar como mínimo, con un nivel de imitación, antes de acudir a la enseñanza clínica en unidades medico-asistenciales.

El laboratorio de enfermería es un escenario que ofrece los requisitos necesarios para el desarrollo de la practica análoga, su importancia en el proceso enseñanza-aprendizaje es facilitar la relación pedagógica entre docentes y alumnos en la construcción del conocimiento y el desarrollo de habilidades y destrezas graduales que sirva de base para el desarrollo de la practica real y se traduzca en calidad de atención de enfermería, para fortalecer así los servicios que brindan a la comunidad.

Sin embargo existen factores que influyen a que los alumnos no alcancen el nivel de imitación como: miedo, asombro y sorpresa ante equipos y maniqués, actitudes afectivas que hacen pensar en que cada estudiante requiere de mayor tiempo para familiarizarse, en principio con el entorno y después para intentar la imitación del procedimiento. Estos factores que influyen en el aprendizaje de la práctica análoga son de diferente índole, además de estar relacionados con las áreas cognitiva, afectiva y psicomotriz.

Dentro del proceso enseñanza-aprendizaje, existen cambios internos en el estudiante y que no se refieren exclusivamente a conocimientos, entre los cuales destacan, hábitos, actitudes, habilidades, destrezas, etc.

En enfermería la enseñanza de la practica constituye un proceso esencial donde el estudiante integra y construye su conocimiento a través de procesos que requieren la aplicación de métodos y la utilización de técnicas y procedimientos, así como de principios humanísticos que caracterizan la atención de enfermería en la práctica profesional real.

La experiencia en la enseñanza ha demostrado que la creación de habilidades y destrezas tienen lugar ante todo con la práctica que representa un sistema de actos similares, consientes y reiterados que se basan en conocimientos y materiales distintos. Dentro de las habilidades motoras encontramos que el alumno aprende a ejecutar movimientos mediante cierto número de actos motores organizados. La coordinación de los movimientos musculares se adquiere en buena medida por patrones básicos del movimiento para el control corporal, una vez aprendidos se van adquiriendo habilidades

más finas y con una finalidad determinada, integrando desde las más simples hasta las más complejas y así manipulando poco a poco los instrumentos que le van siendo necesarios.

En la imitación el alumno se limita a la mera repetición o reproducción de movimientos. La práctica en el sentido de una repetición de movimientos, contribuye al aprendizaje, solo cuando los estudiantes reciben retroalimentación de su desempeño o resultados, por ello las condiciones para aprender una habilidad requiere de:

- Retroalimentación informativa, que les reditué el reforzamiento adecuado para establecer el dominio motor.
- Retroalimentación intrínseca al acto motor, ya que el alumno “siente” cuando el movimiento está bien ejecutado o no.
- Retroalimentación aumentada a partir de la observación directa del profesor como fuente externa o un instrumento de registro como forma complementaria; cuyos resultados son un incremento en la precisión o una pronta observación de los resultados de la acción con beneficio del aprendizaje.

El papel de la escuela es por tanto, proporcionar el aprendizaje del estudiante en forma sistemática, poniéndole al alcance la oportunidad de vivir el mayor número posible de experiencias significativas que lo lleven a cambios favorables de su conducta y capacitándolo para que las aproveche no solo en la escuela sino en la práctica hospitalaria.

La clínica se puede conceptualizar como la parte práctica de la enfermería y medicina en situaciones reales con una integración (horizontal y vertical) del conocimiento multidisciplinario, donde se integran campos del conocimiento: teórico-metodológico de enfermería, de las ciencias socio-humanísticas, metodológicas, instrumentales biomédicas, administrativas entre otras aplicando el conocimiento para la solución de problemas del paciente, puede verse tan solo como un cuerpo de conocimientos o como la habilidad para atender a los pacientes, la actitud o disposición para ayudarlos auténticamente, y como una competencia o conjunto de competencias.

El aprendizaje de la clínica difícilmente puede obedecer a las estrategias utilizadas en otro tipo de aprendizajes pues, en primer lugar, no se logran mediante memorización y lecturas, las actividades tradicionales de aula son relativamente ineficientes, es muy difícil de sistematizar en la medida en que las oportunidades para la práctica obedecen a la satisfacción de demandas de salud y no a una planificación educativa, y posee una fuerte carga afectiva en los alumnos relacionada con la confrontación con la enfermedad y la muerte, que necesariamente influye en el aprendizaje. Hay condiciones que favorecen el

aprendizaje clínico y que constituyen sus fortalezas, como el que se enfoca a los problemas del contexto de la práctica profesional, es un modelo de aprendizaje basado en experiencias y en el que se combinan de manera natural las estrategias de aprendizaje individual y grupal. El estudiante tiene que someterse a las condiciones corrientes de la práctica clínica, vivirla, sufrirla y reflexionar en ella.<sup>14</sup>

Aunque el aula no es el recinto más importante para el aprendizaje de la clínica, tiene funciones claras. Se puede utilizar para realizar reflexiones colectivas sobre las experiencias, y para analizar los fundamentos teóricos.

Los programas exitosos de enseñanza de la clínica suelen tener las siguientes características:

- 1.- Se sustentan en el precepto de “aprender haciendo” es decir que durante la formación, (frecuentemente desde su inicio) el alumno desarrolla actividades que forman parte del quehacer profesional.
- 2.- Motivación por responsabilidad, lo que significa que en la medida en que el alumno se le asignen responsabilidades, obviamente en proporción a su grado de avance en el conocimiento, tendrá las mejores motivaciones para aprender.
- 3.- Supervisión y asesoría, que constituyen probablemente la parte más importante de la enseñanza. El que el profesor vigile lo que el alumno hace, que le corrija sus defectos, le reafirme en sus aciertos y le retro informe de sus avances, probablemente la función docente más importante.
- 4.- Lograr una vinculación entre la teoría y la práctica. No es raro que, por atender el orden del programa, se desaprovechen las oportunidades de la práctica.
- 5.- El papel de los modelos y ejemplos es insustituible, por ello, la elección de los campos clínicos tiene como principal criterio la calidad de la atención a la salud, pues solo en esas circunstancias se puede hacer educación al equipo de salud de calidad. El alumno tiene que identificar modelos de lo que él mismo quisiera ser en el futuro.
- 6.- La investigación no sólo incrementa el cuerpo de conocimientos de una determinada disciplina, sino que es en sí misma una estrategia educativa eficiente. Adiestra al alumno en la observación, la crítica, la adopción de un método, y le permite profundizar en un tema concreto del área profesional.
- 7.- Muy importante resulta que las actividades de aprendizaje se lleven a cabo en un ambiente académico, en el que se discuten los progresos, se propicia el cuestionamiento de lo establecido y así se estimulen las preguntas, la reflexión y el juicio clínico.

8.- Lo más importante parece ser la posibilidad de que el alumno tenga experiencias significativas; habría que decir que no basta la experiencia sino que ésta debe tener significado en la vida del sujeto que aprende. Se ha dicho que el corazón de todos los aprendizajes está en la forma de procesar la experiencia, especialmente en la reflexión crítica de tal experiencia. Son experiencias significativas las que se someten a reflexión y análisis, a discusión y a confrontación, a profundización teórica, a cuestionamiento y búsqueda.

El papel del paciente siempre ha sido fundamental en la enseñanza de la clínica. No obstante, en los últimos tiempos se ha dificultado la participación de estos en la medida en que en algunos países se niega a ser atendidos por estudiantes o participar en su aprendizaje.

## **EL DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA BASADO EN LA EXPERIENCIA**

El proceso de formación profesional es considerado como una relación entre profesor y estudiante, en el cual ambos enseñan y aprenden enriqueciéndose mutuamente, este aprendizaje es basado en las experiencias de cada uno. Ya que en la práctica diaria se perciben emociones, comportamientos éticos y sociales del cuidado que son tan importantes como la técnica y la teoría.<sup>15</sup>

Benner, señala que, a medida que el profesional adquiere esta experiencia, el conocimiento clínico se convierte en una mezcla de conocimiento práctico y teórico. En sus estudios observó, que la adquisición de habilidades basada en la experiencia es más segura y rápida cuando se produce a partir de una base educativa sólida y que dependiendo en qué etapa se encuentre el profesional se crearán diversas estrategias de aprendizaje. Los hermanos Dreyfus clasifican las etapas de este aprendizaje práctico en orden creciente, esta estructura es mantenida por Benner. Las cuales son: principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experto.<sup>16</sup>

El establecer niveles de adquisición de habilidades, le permitió a Benner poder ubicar a los profesionales de enfermería dentro de su propio contexto de aprendizaje, conocer en cada etapa sus fortalezas y debilidades; Además de apreciar la madurez profesional que se experimenta en la práctica. Fortalece la idea de que la experiencia enriquece la formación de enfermería, ya que en etapas iniciales se presentan inseguridades en el manejo de los pacientes, se viven las primeras experiencias con la muerte, y el aprendizaje se realiza a través de la observación de pares y otros profesionales. Es importante que las bases dadas por la formación teórica sean sólidas, de esta manera la observación de modelos permiten el discernimiento en el aprendiz. Por lo tanto, involucrar a la educación es un pilar

fundamental; sin embargo, esta formación debe ser dirigida a las bases del cuidado de enfermería con énfasis en lo práctico.

El cuidado es integral, debe favorecer las capacidades y potencialidades de la persona, debe ser responsable, por lo tanto, las relaciones de cuidado emergen de los sentimientos y la conciencia del cuidar al otro y sus familias.

Es así, como el cuidado humanizado se genera del saber práctico, con la aplicación de los sentidos para la valoración integral de las personas. A partir de esto se permite satisfacer las necesidades de pacientes que utilizan como retroalimentación el lenguaje no verbal para comunicarse. O incluso, que están imposibilitados de hacerlo. Cuando el saber práctico logra encauzar el cuidado humanizado, en etapas superiores según Benner, se produce sentimientos motivadores en el profesional enfocados en la capacitación y en la búsqueda de nuevas ideas para su quehacer, de esta forma genera una evolución en el conocimiento, lo integra con el saber teórico, desde esta visión, la formación de profesionales expertos a través de la experiencia está ligada a la toma de decisiones clínicas y éticas, y a las consecuencias que conlleva dichas decisiones. Cabe preguntarse entonces, en qué niveles de formación le estamos permitiendo al estudiante la toma de decisiones o que estrategias utilizan los docentes para enseñar a sus estudiantes a tomar decisiones.

De lo anterior se puede concluir que la experiencia genera conocimiento, pero si este saber práctico se adquiere por imitación, los profesionales con fallas en las relaciones de ayuda, conocimientos teórico prácticos obsoletos, formarán futuros profesionales con las mismas características. Bandura, en su teoría del aprendizaje social refuerza su interés por el aprendizaje observacional, a través del cual ha demostrado que los seres humanos adquieren conductas nuevas sin un refuerzo, incluso hasta cuando carecen de la oportunidad para aplicar el conocimiento. El único requisito para el aprendizaje puede ser que la persona observe a otro individuo, o modelo, y lleve a cabo una determinada conducta.

En el quehacer de enfermería, el proceso cognitivo del estudiante lo realiza esencialmente en la observación de los enfermeros clínicos y sus docentes. Por cuanto el modelaje ocurre especialmente en los últimos niveles de formación cuando el estudiante asiste a los campos clínicos a desarrollar su práctica profesional o internado y en el caso de Benner, no solo los estudiantes pueden ser principiantes, sino también profesionales que se integren a nuevos quehaceres que comúnmente no realizaban.<sup>17</sup>

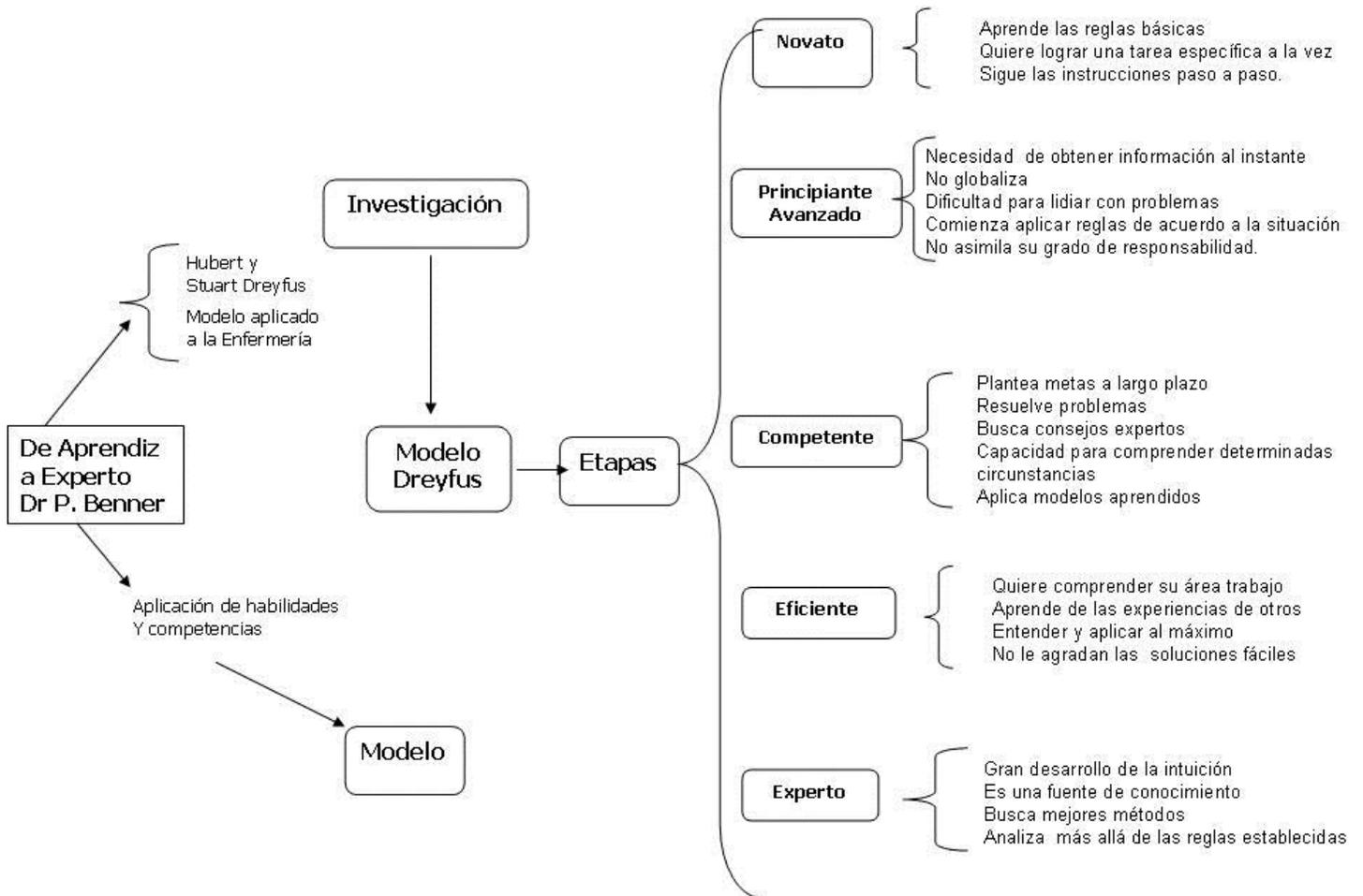
## **EL LEGADO DEL SABER PRÁCTICO EN LA DISCIPLINA DE ENFERMERÍA**

El saber práctico ha permitido el desarrollo de la investigación en enfermería. Por lo tanto, es una obligación inherente a la profesión, el registrar en forma concreta el conocimiento obtenido en la práctica, para así poder generar conocimiento teórico y producir una retroalimentación. Independiente del abordaje, mientras más investigación sobre el saber práctico de la enfermería se realice, la brecha entre estos conocimientos disminuirá. Aunque en algunos casos, la búsqueda del conocimiento teórico se ve entorpecida por la demanda asistencial que tiene el profesional de enfermería.<sup>18</sup>

En la educación, ha permitido el análisis en el proceso de formación de los profesionales de enfermería en diferentes materias, incluyendo las actividades relacionadas con la administración de los servicios de enfermería. Además, ha permitido desarrollar programas de formación específicos para cada nivel de habilidad, porque se logra establecer que las necesidades de aprendizaje en las primeras etapas son diferentes a las requeridas en los niveles superiores.

En el área asistencial, a partir de esta teoría se han creado programas de orientación para profesionales nuevos en diversos servicios clínicos. La creación de indicadores empíricos que ha favorecido la unión entre la teoría y la práctica ha objetivado la calidad de los cuidados profesionales.

## Origen y clasificación de la teoría de Patricia Benner.



Adaptado al español del esquema de Mathieu Berube, 2009.

## FACTORES EXTERNOS

### ESTRÉS, TEMOR, MIEDO A LA PERSONALIDAD DEL PACIENTE

El estrés es hoy en día, una problemática a la que se está prestando una atención creciente. Sin embargo, el estrés académico o estrés del estudiante no recibe la suficiente atención en el ámbito de la investigación. El estrés es la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento, de un sujeto que busca adaptarse y reajustarse a presiones tanto internas como externas.

El esquema de funcionamiento social se basa en asumir responsabilidades y cumplir exigencias, sin embargo, hay personas que tienen dificultades para adaptarse a éstas, surgiendo en ellas una condición conocida como "Estrés". El Estrés sirve de motivación para la superación de obstáculos, no obstante, la presencia continuada de un estresor

puede agotar las energías de un sujeto haciendo que éste se sienta sobre exigido, interfiriendo en su calidad de vida y en el logro de sus metas.

El estrés asociado a los trabajos asistenciales son hechos conocido desde siempre, si cualquier trabajo cansa y produce estrés, trabajar con personas a las que hay que atender, cuidar, orientar, ayudar o sencillamente acompañar, cansa doblemente.<sup>19</sup>

El estudiante que inicia la carrera de enfermería se encuentra con múltiples novedades a los que hacer frente, algunas de gran responsabilidad para su profesión y para los sujetos a los cuales van dirigidas sus acciones. Dentro de un cúmulo de novedades se encuentran diferentes procedimientos y técnicas a los que tendrá que acostumbrarse, entender y aplicar; cuanto mayor sea su conocimiento mayor será también su dominio y la seguridad personal con que se los aplique, ya que hay estudios que demuestran que los alumnos de enfermería antes de iniciar el período práctico, consideran potencialmente estresante tener competencia para aplicar los conocimientos teóricos, habilidad y destreza clínica y el estudio. Además de encontrarse con situaciones donde Enfermería en la práctica asistencial se encuentra con: la muerte del paciente, el sufrimiento, el contacto con enfermos terminales, el afrontamiento de la muerte, situaciones de patologías críticas, la relación con el enfermo y su familia y la diferencia entre la teoría y la práctica, las relaciones con los profesionales, los sentimientos de impotencia y la falta de conocimientos y destreza en las técnicas.<sup>20</sup>

Según un estudio realizado en la Universidad Nacional de San Luis en el año 2007 el estudiante de enfermería es una persona que se encuentra capacitándose en el campus académico y que además intenta comprender el encuentro con otras personas, en este caso hospitalizadas en una situación de práctica profesional.

Las vivencias en los primeros contactos con las personas hospitalizadas de los estudiantes están determinadas y condicionadas por una vasta articulación de manifestaciones; sentimientos, pensamientos, actitudes y conducta en el complejo proceso educativo-interacción social en el que se encuentran inmersos.<sup>21</sup>

Los estudiantes presentarían estrés, angustia y miedo en determinados momentos, como en épocas de pruebas, exámenes, prácticas hospitalarias y frente a ciertas situaciones, como por ejemplo, ser examinado en las instancias prácticas por un profesor que posea determinadas características que lleven al estudiante a sentirse presionado o nervioso. En estas situaciones podemos notar un gran incremento del nivel de estrés y miedo cuando el estudiante además de estudiar, debe enfrentarse a los ojos inquisidores de un paciente viéndose enfrentados a un mundo nuevo, encontrándose con mayores exigencias de parte de su profesor e incluso del mismo paciente.<sup>22</sup>

### III. ESTADO DEL ARTE

ARTICULO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>“Factores estresantes en las primeras experiencias prácticas hospitalarias”</p> <p>Mamani Omar Alejandro Universidad nacional de Córdoba. Facultad de ciencias Médicas. Febrero 2013 Informe de Investigacion<sup>23</sup></p>	<p>El objetivo general del estudio ha sido “Identificar los factores que más estresan a los estudiantes de enfermería del segundo año en la realización de las prácticas clínicas en el segundo semestre del año 2012.”</p>	<p>La investigación llevada a cabo fue un estudio descriptivo puesto que se utilizó para conocer la distribución y características de los problemas que afectan a los alumnos estudiantes de enfermería y saber cuándo hay un fenómeno medible o cuantificable; y transversal porque estudio las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. El universo aproximado fue de 250 alumnos divididos en dos grupos para rotar entre instancias práctica; alumnos que cursaron las practicas hospitalarias por turno mañana y tarde. Se trabajó con una muestra de 211 alumnos que pudieron responder correctamente las encuestas auto administradas.</p>	<p>Más de la mitad de los alumnos que completaron el cuestionario no poseen experiencia previa en el cuidado de pacientes con un porcentaje del 70.6%, solo el 29.4% posee experiencia. El mayor nivel de estrés que más se destaca en los alumnos del segundo año de enfermería según la edad entre 18 y 29 años son: en primer lugar parciales y trabajos prácticos frecuentes con una media de 7.785, luego sigue el temor a cometer algún error en los cuidados de enfermería en un paciente con una media de 7.495 y en tercer lugar está la falta de apoyo de los</p>	<p>Para mejorar el nivel de estrés de nuestros alumnos/as, proponemos realizar una intervención mediante talleres sobre técnicas de relajación, aprender a pedir ayuda y desarrollo del autoconocimiento, antes del comienzo de las prácticas clínicas del curso académico, de esta forma, podrán reflejar sus inquietudes y miedos y adquirir habilidades que puedan mejorar su ansiedad, y formar futuros profesionales que tengan una mayor capacidad de afrontamiento profesional, aunque alguno de los factores, como la falta de tiempo para estudiar, sea un estresor que no será fácil modificar hasta que ellos mismos, sientan, que han adquirido la habilidad necesaria, pero podremos intentar tranquilizarlos en el</p>

			compañeros y/o profesores en las practicas hospitalarias con una media de 7.43.	sentido de que, a medida que adquieran experiencia, este factor dejará de provocar estrés.
--	--	--	---	--

#### IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

##### JUSTIFICACIÓN

Durante el proceso de aprendizaje las prácticas clínicas y análogas son una herramienta básica para adquirir habilidades y así ejecutar correctamente los procedimientos básicos de nuestra disciplina.

Las prácticas análogas y clínicas en el currículo de enfermería representan un 48% del total del tiempo destinado en la formación del licenciado en enfermería, razón por la cual es un tema de estudio de alta magnitud y trascendencia. Sin embargo en la realidad existen más estudios de investigación sobre los aspectos teóricos del currículo, que los relacionados a las prácticas análogas, situación que tiene una alta trascendencia, en función de que se requiere contar con evidencias que permitan transformar ambas prácticas la análoga y la real en el caso de enfermería, lo cual propicie un cuidado de enfermería al paciente en los diversos campos de atención con un bajo riesgo, menos estrés y por ende de una mejor calidad en las estudiantes desde sus primeras prácticas, hasta las últimas, con lo cual les permita en su futura vida profesional una práctica reflexiva con juicio clínico.

La medición de los signos vitales es uno de los procedimientos principales y de suma importancia para el hacer de enfermería, ya que una de las bases que nos permite valorar, diagnosticar e intervenir al paciente. Esta actividad se realiza en el ámbito hospitalario varias veces en un turno en todos los pacientes. Sin embargo realizar de manera correcta dicha actividad suele resultar más complicado de lo que parece, especialmente para los alumnos del primer año de enfermería que además carecen de experiencia y habilidad ya que ellos mismos comentan que para aprender a realizar dichas actividades no les es suficiente la teoría y en ocasiones la práctica de laboratorio, pues va más allá de lo antes mencionado, por ejemplo el temor o miedo del primer contacto con el paciente, que aunque llegasen con seguridad, la personalidad de los alumnos y de cada uno de los pacientes permitirá el correcto desenvolvimiento o no del alumno, para su realización, entre otras variables que intervienen en dicha actividad.

Como se menciona, al realizar dichas actividades existen factores fuera del aprendizaje y teoría que dificultan el hacer correctamente la toma de signos vitales, entre estos podemos mencionar la falta de concentración, la carencia de práctica, el primer contacto enfermera- paciente, la disponibilidad del paciente para que el alumno de enfermería pueda manipularlo e incluso el personal de enfermería que ya labora ahí y que en ocasiones no apoya o no le brinda la confianza necesaria al alumno.

Se pretende identificar los factores externos no ligados al conocimiento que impiden que los alumnos del primer año de enfermería desarrollen correctamente las actividades tales como la toma de signos vitales.

Por tal motivo la pregunta de estudio es: ¿Existen factores no determinados por los conocimientos sobre el tema que tengan un impacto en el aprendizaje procedimental y desarrollo práctico de la toma de signos vitales en la práctica análoga y clínica?

## **V. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar los factores que influyen en los alumnos del primer año de la carrera de enfermería para no lograr realizar una correcta toma de signos vitales, independientemente del conocimiento teórico, audiovisual y práctico antes adquirido.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Distinguir los factores que dificultan el aprendizaje procedimental de signos vitales en los alumnos del primer año de enfermería en la práctica clínica.

## **VI. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **DISEÑO**

Se trata de un estudio cuantitativo, de campo, exploratorio, transversal y prospectivo, con un grupo de alumnos del primer año de la carrera de enfermería, para los cuales se realizó un instrumento el cual evaluaría el aprendizaje procedimental y los factores externos no ligados al conocimiento que influyen en su aprendizaje y en su capacidad para realizar actividades tales como la toma de signos vitales, siendo autoadministrado por los alumnos.

### **POBLACION OBJETO DE ESTUDIO**

#### **Universo y Muestra**

El universo fue de 390 alumnos en el primer año de la carrera de Licenciatura enfermería, la muestra de conveniencia fue de 69 alumnos regulares, sin embargo 6 fueron excluidos debido a que ya laboraban en el sector salud, los 69 alumnos contaron además de las normas de enseñanza-aprendizaje estipuladas, con la presentación de audiovisuales como grupo diana para la toma de signos vitales previo a las práctica análogas y en unidades de salud del primer nivel de atención, durante el periodo escolar 2014-2015.

### **Criterio de Inclusión**

- Alumnos del primer semestre de la licenciatura de enfermería que sea su primer contacto con estudios en enfermería.
- Que no laboren en el sector salud en el área de enfermería.
- Que deseen participar en el estudio.

### **Criterio de Exclusión**

- Alumnos que no deseen participar.
- Alumnos que laboren en alguna institución de salud relacionado con enfermería o con la toma de signos vitales.

### **VARIABLE INDEPENDIENTE**

Factores no ligados al conocimiento teórico en la toma de signos vitales de los alumnos del primer año de enfermería.

### **VARIABLE DEPENDIENTE**

Desarrollo de la toma de signos vitales en los alumnos del primer año de enfermería en su primer contacto clínico con pacientes reales.

### **OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION</b>	<b>OPERACIONALIZACION</b>	<b>NIVEL DE MEDICION</b>
EDAD	Periodo de vida cronológico de un ser humano.	Edad biológica de un ser humano, desde su nacimiento hasta la fecha del estudio.	Escalar
SEXO	Diferencia genotípica entre los seres humanos.	FEMENINO MASCULINO	Nominal
TRABAJO	Experiencia laboral previa en el área de enfermería o de la salud.	SI NO	Nominal
PERCEPCION DE	Consiste en que	NADA	Ordinal

HABILIDAD	tanto considera el alumno que tiene de habilidad para realizar ciertas actividades tales como la toma de signos vitales.	MENOS HABILIDAD HABILIDAD MUCHA HABILIDAD	
REPETICIONES DE PROCEDIMIENTO	Consiste en la cantidad de veces que el alumno repite los procedimientos de signos vitales para lograr obtener un resultado correcto.	El número de veces que realizó el procedimiento el alumno hasta que fuera correcto	Escalar
PERCEPCION DE COMPLEJIDAD	Consiste en que tan complejo les resulta realizar las diversas actividades para la toma de signos vitales.	NADA COMPLICADO MENOS COMPLICADO COMPLICADO MUY COMPLICADO	Ordinal

## VII. HIPOTESIS

### HIPOTESIS

Hi Existen factores no ligados al conocimiento teórico que afectan el desarrollo de la toma de signos vitales en los alumnos de primer año de enfermería en su primer contacto clínico con pacientes reales.

### HIPOTESIS NULA

Ho Los factores ligados al conocimiento teórico afectan el desarrollo de la toma de signos vitales en los alumnos del primer año de enfermería en su primer contacto clínico con pacientes reales.

## VIII. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

La declaración de Helsinki<sup>24</sup> nos menciona que el propósito principal de la investigación médica en seres humanos, es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas.

El personal de salud debe considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes.

La participación de personas en la investigación médica debe ser voluntaria.

Se debe resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Los autores, directores y editores tienen obligaciones éticas con respecto a la publicidad de los resultados negativos como los positivos o, de lo contrario, deben estar a la disposición del público.

De acuerdo al Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, en el Título Segundo, referente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos el Artículo 17 considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía al estudio para efectos de este reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

- Investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionadas en las que variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de la conducta.
- Investigación con riesgo mínimo: estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamientos rutinarios.<sup>25</sup>

El artículo 20 define el consentimiento informado, al acuerdo por escrito mediante el cual el sujeto de investigación, o en su caso, el representante legal autoriza su participación en la investigación.

El artículo 23 refiere que en el caso de las investigaciones de riesgo mínimo, la comisión ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

### **CÓDIGO DE ÉTICA PARA ENFERMEROS Y ENFERMERAS DE MÉXICO**

El Código de Ética, en sus artículos, nos menciona que se debe dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal, así como respetar sus opiniones, mantener una relación de respeto, evitar lesionar el buen nombre y prestigio de estos, y contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.<sup>26</sup>

## IX. ANÁLISIS DE DATOS.

El análisis de datos se realizó con el programa SPSS No. 17, para lo cual se capturo la base de datos, la tabulación de los mismos con base al programa, aplicando medidas de tendencia central.

### RESULTADOS

Edad * Sexo de los alumnos participantes en el estudio de factores que influyen en la toma de signos vitales.					
Edad	Sexo		Total		
	Femenino	Masculino	Porcentaje		
18	13	1	13	23	
19	9	6	15	26	
20	13	5	20	32	
21	3	3	5	7	
22	3	2	5	7	
24	1	0	1	1	
25	0	1	1	1	
27	0	1	1	1	
31	0	1	1	1	
32	0	1	1	1	
Total	42	21	63	100	

**Fuente:** Cuestionario sobre factores no ligados al conocimiento teórico que afecten el desarrollo de la toma de signos vitales en los alumnos del primer año de enfermería en su primer contacto clínico con pacientes reales, 2014-2015.

**Análisis descriptivo:** La edad que más predominó fue la de 20 años que representó el 32% de la media, seguida de los 19, 26% y 18 años con el 23% respectivamente, la mayor edad que encontramos fueron los 32 años, sin embargo podemos mencionar que los alumnos se encuentran en el rango entre los 18- 20 años con una media de 81.

Edad * Laboras en algún servicio de salud				
		Laboras en algún servicio de salud		Total
		No	Si	
Edad	18	15	0	15
	19	15	2	17
	20	20	1	21
	21	5	1	6
	22	4	1	5
	24	1	0	1
	25	1	0	1
	27	1	0	1
	31	0	1	1
	32	1	0	1
Total		63	6	69

**Fuente:** Cuestionario sobre factores no ligados al conocimiento teórico que afecten el desarrollo de la toma de signos vitales en los alumnos del primer año de enfermería en su primer contacto clínico con pacientes reales, 2014-2015.

**Análisis:** Únicamente 6 personas de las 69 encuestadas laboran para algún servicio de salud, por lo tanto para la gran mayoría fue su primer contacto con pacientes reales en una clínica de primer nivel de atención, la muestra se reduce a 63 alumnos ya que los 6 alumnos que ya laboran, fueron excluidos.

El material audiovisual fue observado por el alumno antes de la demostración: ¿Cuántas veces?					
		¿Cuántas veces?			Total
		1	2	3	
El material audiovisual fue observado por el alumno antes de la demostración:	SI	28	4	2	34
Total		28	4	2	34

**Fuente:** Cuestionario sobre factores no ligados al conocimiento teórico que afecten el desarrollo de la toma de signos vitales en los alumnos del primer año de enfermería en su primer contacto clínico con pacientes reales, 2014-2015.

**Análisis:** De los 63 alumnos encuestados, únicamente 34 alumnos tuvieron la oportunidad de ver el audiovisual y la gran mayoría solo lo vio una única vez, de entre las razones por las cuales no lo vieron por segunda vez se encontró que no a muchos les pareció necesario visualizarlo una segunda ocasión, otros cuantos no supieron dónde encontrarlo de nuevo y otra parte considero que no les fue útil para su aprendizaje.

Ya en el campo clínico ¿volviste a ver el audiovisual? * ¿Porque?								
		¿Porque?						Total
		No hubo interés	No sabía dónde verlo de nuevo	No hubo oportunidad	No fue necesario	No me acorde	Falta de tiempo	
Ya en el campo clínico ¿lo volviste a ver?	No	10	2	13	4	3	2	34
Total		10	2	13	4	3	2	34

**Fuente:** Cuestionario sobre factores no ligados al conocimiento teórico que afecten el desarrollo de la toma de signos vitales en los alumnos del primer año de enfermería en su primer contacto clínico con pacientes reales, 2014-2015.

**Análisis:** Dentro de los 34 alumnos que tuvieron la oportunidad de ver el audiovisual, se les cuestiono si en campo clínico lo vieron nuevamente; 13 de ellos comentaron que no tuvieron la oportunidad de volverlo a ver, mientras que 10 de ellos no tuvieron interés, 4 consideraron que no fue necesario, 3 no se acordaron de verlo y los 4 últimos no supieron dónde encontrarlo y no tuvieron tiempo.

Durante la demostración, tuviste la oportunidad de realizar el procedimiento bajo la supervisión de tu profesor?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	63	100.0	100.0	100.0

**Fuente:** Cuestionario sobre factores no ligados al conocimiento teórico que afecten el desarrollo de la toma de signos vitales en los alumnos del primer año de enfermería en su primer contacto clínico con pacientes reales, 2014-2015.

**Análisis:** Todos los alumnos tuvieron la oportunidad de realizar cada uno de los procedimientos bajo la supervisión de su profesor.

	Después de la demostración ¿hubo retroalimentación para aclarar tus dudas?		Total
	No	Si	
Durante la demostración, tuviste la oportunidad de realizar el procedimiento tu solo bajo la supervisión de tu profesor?	1	62	63
	1	62	63

**Fuente:** Cuestionario sobre factores no ligados al conocimiento teórico que afecten el desarrollo de la toma de signos vitales en los alumnos del primer año de enfermería en su primer contacto clínico con pacientes reales, 2014-2015.

**Análisis:** La gran mayoría de los alumnos a excepción de 1, tuvieron la oportunidad de realizar el procedimiento bajo la supervisión de su profesor, lo cual propicio a la

retroalimentación, aclarar dudas y poder realizar dicha actividad varias veces hasta realizarlo correctamente.

¿Cuáles eran tus dudas, acerca de los signos vitales , antes de realizar cada procedimiento?				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Escuchar los ruidos	24	36.2	36.2	36.2
Localizar el pulso	9	13.0	13.0	49.3
Visualizar la respiración	10	14.5	14.5	63.8
Ubicar la arteria braquial	2	2.9	2.9	66.7
Colocar el brazalete	3	4.3	4.3	71.0
Cifras normales, eventos adversos	11	20.3	20.3	91.3
No tenía dudas	2	5.8	5.8	97.1
Identificar el mercurio en el termómetro	2	2.9	2.9	100.0
Total	63	100.0	100.0	

**Fuente:** Cuestionario sobre factores no ligados al conocimiento teórico que afecten el desarrollo de la toma de signos vitales en los alumnos del primer año de enfermería en su primer contacto clínico con pacientes reales, 2014-2015.

**Análisis descriptivo:** Se les cuestiono a los alumnos cuales eran sus dudas o dificultades respecto a la toma de signos vitales, esto durante la práctica análoga y antes de llegar a práctica clínica, el 36.2% menciona que se le dificultaba escuchar los ruidos, el 20% considero que no conocía las cifras normales de cada uno de los signos, así como actuar ante un evento adverso, le sigue con un 14.5% visualizar la respiración y con un 13%

localizar el pulso, con porcentajes más bajos finaliza ubicar la arteria braquial, identificar el mercurio del termómetro y colocar el brazalete, así como los que mencionan no haber tenido dudas.

¿Qué tanta habilidad consideras que tienes para tomar el pulso?				
Habilidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada de Habilidad	3	4.3	4.3	4.3
Poca Habilidad	30	47.8	47.8	52.2
Mucha Habilidad	30	47.8	47.8	100.0
Total	63	100.0	100.0	

**Fuente:** Cuestionario sobre factores no ligados al conocimiento teórico que afecten el desarrollo de la toma de signos vitales en los alumnos del primer año de enfermería en su primer contacto clínico con pacientes reales, 2014-2015.

**Análisis:** Con un 47.8% los alumnos consideran tener poca habilidad, sin embargo el otro 47.8% considera tener mucha habilidad y solo el 4.3% que es la minoría considera que no tiene habilidad para tomar el pulso.

¿Qué tanta habilidad consideras que tienes para tomar la respiración?				
Habilidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada de Habilidad	15	21.7	21.7	21.7
Poca Habilidad	34	55.1	55.1	76.8
Mucha Habilidad	14	23.2	23.2	100.0
Total	63	100.0	100.0	

**Fuente:** Cuestionario sobre factores no ligados al conocimiento teórico que afecten el desarrollo de la toma de signos vitales en los alumnos del primer año de enfermería en su primer contacto clínico con pacientes reales, 2014-2015.

**Análisis:** El 55.1% considera que tiene poca habilidad para tomar la respiración, mientras que en 23.2% cree tener mucha habilidad, seguido del 21.7% la cual considera no tener nada de habilidad, podemos decir que la respiración es una de las actividades que más se les dificulta.

¿Qué tanta habilidad consideras que tienes para tomar la temperatura?				
Habilidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada de Habilidad	3	4.3	4.3	4.3
Poca Habilidad	7	14.5	14.5	18.8
Mucha Habilidad	53	81.2	81.2	100.0
Total	63	100.0	100.0	

**Fuente:** Cuestionario sobre factores no ligados al conocimiento teórico que afecten el desarrollo de la toma de signos vitales en los alumnos del primer año de enfermería en su primer contacto clínico con pacientes reales, 2014-2015.

**Análisis:** La gran mayoría con un 81.2% considera que para la toma de la temperatura tienen mucha habilidad, seguidos del 14.5% que cree tener poca habilidad seguido del 4.3% que considera no tiene nada de habilidad, este último porcentaje tiene relación con cuadro en el cual mencionan la dificultad de visualizar el mercurio en el termómetro.

¿Qué tanta habilidad consideras que tienes para tomar la T/A?				
Habilidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada de Habilidad	17	26.1	26.1	26.1
Poca Habilidad	40	62.3	62.3	88.4
Mucha Habilidad	6	11.6	11.6	100.0
Total	63	100.0	100.0	

**Fuente:** Cuestionario sobre factores no ligados al conocimiento teórico que afecten el desarrollo de la toma de signos vitales en los alumnos del primer año de enfermería en su primer contacto clínico con pacientes reales, 2014-2015.

**Análisis:** El 62.3% considera tiene poca habilidad para tomar la T/A, mientras que el 26.1% cree tener nada de habilidad y solo el 11.6% considera tiene mucha habilidad, por lo tanto podemos decir que es una de las actividades para las cuales consideran no ser tan hábiles, los alumnos encuestados.

Posterior a la demostración o retroalimentación, ¿cuántas veces tuviste la oportunidad de realizar la toma de Signos Vitales, ya sea en clase, laboratorio o casa, previo a la práctica clínica?				
Cantidad de veces	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
2	4	5.8	5.8	5.8
3	2	2.9	2.9	8.7
4	1	1.4	1.4	10.1
5	5	7.2	7.2	17.4
6	2	2.9	2.9	20.3
8	1	1.4	1.4	21.7
10	20	33.3	33.3	55.1
15	7	13.0	13.0	68.1
18	1	1.4	1.4	69.6
20	8	11.6	11.6	81.2
25	4	5.8	5.8	87.0
30	5	8.7	8.7	95.7
33	1	1.4	1.4	97.1
35	1	1.4	1.4	98.6
40	1	1.4	1.4	100.0
Total	63	100.0	100.0	

**Fuente:** Cuestionario sobre factores no ligados al conocimiento teórico que afecten el desarrollo de la toma de signos vitales en los alumnos del primer año de enfermería en su primer contacto clínico con pacientes reales, 2014-2015.

**Análisis:** El 33% de los alumnos pudieron realizar la toma de signos vitales posterior a la retroalimentación al menos 10 veces, seguido de los que lo realizaron 15 veces y 20 veces, por lo tanto, podemos decir que la mayoría de ellos tuvieron oportunidad de realizar la práctica de estos procedimientos.

¿Cuántas veces fue necesario que tomaras la temperatura para lograr obtener un resultado correcto en la práctica clínica?				
Cantidad de veces	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	20	30.4	30.4	30.4
2	22	34.8	34.8	65.2
3	11	17.4	17.4	82.6
4	2	2.9	2.9	85.5
5	4	8.7	8.7	94.2
10	2	2.9	2.9	97.1
15	1	1.4	1.4	98.6
20	1	1.4	1.4	100.0
Total	63	100.0	100.0	

**Fuente:** Cuestionario sobre factores no ligados al conocimiento teórico que afecten el desarrollo de la toma de signos vitales en los alumnos del primer año de enfermería en su primer contacto clínico con pacientes reales, 2014-2015.

**Análisis:** El 34.8 % realizó únicamente 2 veces la toma de temperatura para poder alcanzar un resultado correcto, seguido del 30% quienes realizaron únicamente en 1 ocasión la toma, posterior con el 17.4% aquellos que la realizaron solo en 3 ocasiones, y finalmente con porcentajes menos significativos están aquellos que la tomaron más de 4 veces, podemos decir que es una de las actividades en la cual tienen menos dificultad para obtener un resultado correcto.

¿Cuántas veces fue necesario que tomaras la respiración para lograr obtener un resultado correcto en la práctica clínica?				
Numero de veces	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	13	21.7	21.7	21.7
2	26	40.6	40.6	62.3
3	6	10.1	10.1	72.5
4	2	2.9	2.9	75.4
5	10	15.9	15.9	91.3
8	1	1.4	1.4	92.8
10	4	5.8	5.8	98.6
15	1	1.4	1.4	100.0
Total	63	100.0	100.0	

**Fuente:** Cuestionario sobre factores no ligados al conocimiento teórico que afecten el desarrollo de la toma de signos vitales en los alumnos del primer año de enfermería en su primer contacto clínico con pacientes reales, 2014-2015.

**Análisis:** El 40.6% solo realizó 2 veces el procedimiento para poder obtener un resultado correcto, seguido del 21.7% que lo realizó 1 vez y el 15.9% que lo realizó 5 veces, así como el 10.1% que lo realizó 3 veces, en promedio, los alumnos consideran que para tener un buen resultado de la respiración fue necesario realizarlo de 1-5 veces.

¿Cuántas veces fue necesario que tomaras la T.A para lograr obtener un resultado correcto en la práctica clínica?				
Número de veces	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	8	13.0	13.0	13.0
2	17	27.5	27.5	40.6
3	13	21.7	21.7	62.3
4	3	4.3	4.3	66.7
5	10	14.5	14.5	81.2
6	2	2.9	2.9	84.1
8	1	1.4	1.4	85.5
10	5	8.7	8.7	94.2
12	1	1.4	1.4	95.7
15	1	1.4	1.4	97.1
21	1	1.4	1.4	98.6
30	1	1.4	1.4	100.0
Total	63	100.0	100.0	

**Fuente:** Cuestionario sobre factores no ligados al conocimiento teórico que afecten el desarrollo de la toma de signos vitales en los alumnos del primer año de enfermería en su primer contacto clínico con pacientes reales, 2014-2015.

**Análisis:** Con el 27.5% los alumnos realizaron 19 veces la toma de la T/A para obtener un resultado correcto, seguido del 21.7% que lo realizó 15 veces y el 14.5% que lo realizó 8 veces, y con una minoría que lo realizó más de 10 veces, por lo tanto podemos decir que la T/A es una de las actividades que más trabajo les cuesta para obtener un resultado correcto, considerando que también es una de las cuales consideran tienen menos y poca habilidad.

## MEDICION DE COMPLEJIDAD DE CIERTAS ACTIVIDADES INDIVIDUALES.

Califica que tan complicado te resulta medir la respiración del paciente (inhalación) en la práctica clínica				
Complejidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada complicado	20	31.9	31.9	31.9
Menos complicado	27	40.6	40.6	72.5
Complicado	15	26.1	26.1	98.6
Muy complicado	1	1.4	1.4	100.0
Total	63	100.0	100.0	

**Fuente:** Cuestionario sobre factores no ligados al conocimiento teórico que afecten el desarrollo de la toma de signos vitales en los alumnos del primer año de enfermería en su primer contacto clínico con pacientes reales, 2014-2015.

**Análisis:** Respecto a la inhalación el 40.6% les pareció menos complicado, al 31.9 nada complicado, seguido del 26.1 que les pareció complicado.

Califica que tan complicado te resulta localizar el pulso en la práctica clínica				
Complejidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada complicado	33	49.3	49.3	49.3
Menos complicado	24	39.1	39.1	88.4
Complicado	4	8.7	8.7	97.1
Muy complicado	2	2.9	2.9	100.0
Total	63	100.0	100.0	

**Fuente:** Cuestionario sobre factores no ligados al conocimiento teórico que afecten el desarrollo de la toma de signos vitales en los alumnos del primer año de enfermería en su primer contacto clínico con pacientes reales, 2014-2015.

**Análisis:** Respecto a la localización de pulso el 49.3% les pareció nada complicado, el 39.1% menos complicado seguido de porcentajes menos significativos que les parecía complicado o muy complicado.

<b>Califica que tan complicado te resulta visualizar el resultado de temperatura en el termómetro de mercurio</b>				
Complejidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada complicado	42	65.2	65.2	65.2
Menos complicado	14	23.2	23.2	88.4
Complicado	5	8.7	8.7	97.1
Muy complicado	2	2.9	2.9	100.0
Total	63	100.0	100.0	

**Fuente:** Cuestionario sobre factores no ligados al conocimiento teórico que afecten el desarrollo de la toma de signos vitales en los alumnos del primer año de enfermería en su primer contacto clínico con pacientes reales, 2014-2015.

**Análisis:** El 65.2% le parece nada complicado visualizar el resultado en el termómetro de mercurio, seguido del 23.2% que le parece menos complicado, al final con porcentajes menos significativos les parece complicado y muy complicado.

<b>Califica que tan complicado te resulta localizar la arteria braquial (fosa antecubital, cara interna) para tomar la T.A</b>				
Complejidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada complicado	26	40.6	40.6	40.6
Menos complicado	26	40.6	40.6	81.2
Complicado	9	15.9	15.9	97.1
Muy complicado	2	2.9	2.9	100.0
Total	63	100.0	100.0	

**Fuente:** Cuestionario sobre factores no ligados al conocimiento teórico que afecten el desarrollo de la toma de signos vitales en los alumnos del primer año de enfermería en su primer contacto clínico con pacientes reales, 2014-2015.

**Análisis:** Con el 40.6% se encuentran los alumnos que les parece nada complicado y menos complicado localizar la arteria braquial para la toma de T/A , seguida de los que

consideran es complicado con un 15.9% y finalmente con un 2.9% los que creen es muy complicado.

Califica que tan complicado te resulta colocar el brazalete correctamente				
Complejidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada complicado	38	59.4	59.4	59.4
Menos complicado	22	36.2	36.2	95.7
Complicado	3	4.3	4.3	100.0
Total	63	100.0	100.0	

**Fuente:** Cuestionario sobre factores no ligados al conocimiento teórico que afecten el desarrollo de la toma de signos vitales en los alumnos del primer año de enfermería en su primer contacto clínico con pacientes reales, 2014-2015.

**Análisis:** Un poco más que la mayoría con un 59.4% considera que colocar el brazalete correctamente es nada complicado, seguido con un 36.2% que cree es menos complicado y finalmente solo un 4.3% que considera es complicado.

Califica que tan complicado te resulta insuflar el manguito				
Complejidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada complicado	54	85.5	85.5	85.5
Menos complicado	7	11.6	11.6	97.1
Complicado	2	2.9	2.9	100.0
Total	63	100.0	100.0	

**Fuente:** Cuestionario sobre factores no ligados al conocimiento teórico que afecten el desarrollo de la toma de signos vitales en los alumnos del primer año de enfermería en su primer contacto clínico con pacientes reales, 2014-2015.

**Análisis:** Una gran mayoría el 85.5% considera que insuflar el manguito es nada complicado, seguido de 11.6% que cree es menos complicado y finalmente un 2.9% que le parece complicado, podemos darnos cuenta que es una actividad que parece muy sencilla para los alumnos, sin embargo no podemos descartarla la minoría de alumnos que se les complican dichas actividades.

<b>Califica que tan complicado te resulta cerrar o abrir correctamente y lentamente la válvula del esfigmomanómetro</b>				
Complejidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada complicado	45	71.0	71.0	71.0
Menos complicado	15	24.6	24.6	95.7
Complicado	2	2.9	2.9	98.6
Muy complicado	1	1.4	1.4	100.0
Total	63	100.0	100.0	

**Fuente:** Cuestionario sobre factores no ligados al conocimiento teórico que afecten el desarrollo de la toma de signos vitales en los alumnos del primer año de enfermería en su primer contacto clínico con pacientes reales, 2014-2015.

**Análisis:** Un 71% los alumnos califican como nada complicado abrir y cerrar lentamente la válvula de esfigmomanómetro, seguido de un 24.6% que considera es menos complicado, y con porcentajes del 4.3% de alumnos aquellos alumnos que consideran es complicado y muy complicado.

<b>Califica que tan complicado te resulta desinflar lentamente el manguito</b>				
Complejidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada complicado	48	72.5	72.5	72.5
Menos complicado	15	27.5	27.5	100.0
Total	63	100.0	100.0	

**Fuente:** Cuestionario sobre factores no ligados al conocimiento teórico que afecten el desarrollo de la toma de signos vitales en los alumnos del primer año de enfermería en su primer contacto clínico con pacientes reales, 2014-2015.

**Análisis:** Con un 72.5% los alumnos consideran es nada complicado desinflar lentamente el manguito, seguido de un 27.5% que cree es menos complicado.

<b>Califica que tan complicado te resulta escuchar los primeros ruidos claros (presión sistólica) y el momento en que desaparecen (presión diastólica)</b>				
Complejidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada complicado	21	33.3	33.3	33.3
Menos complicado	27	43.5	43.5	76.8
Complicado	14	21.7	21.7	98.6
Muy complicado	1	1.4	1.4	100.0
Total	63	100.0	100.0	

**Fuente:** Cuestionario sobre factores no ligados al conocimiento teórico que afecten el desarrollo de la toma de signos vitales en los alumnos del primer año de enfermería en su primer contacto clínico con pacientes reales, 2014-2015.

**Análisis:** El 43.5% de los alumnos consideran menos complicado escuchar los primeros ruidos claros (presión sistólica) y el momento que desaparecen (presión diastólica), seguido de un 33.3% que lo considera nada complicado, le continua con un 21.7% los que consideran es complicado y finalmente con un 1.4% muy complicado.

<b>Califica que tan complicado te resulta visualizar la inspiración del paciente para medir la respiración</b>				
Complejidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada complicado	12	20.3	20.3	20.3
Menos complicado	32	50.7	50.7	71.0
Complicado	16	24.6	24.6	95.7
Muy complicado	3	4.3	4.3	100.0
Total	63	100.0	100.0	

**Fuente:** Cuestionario sobre factores no ligados al conocimiento teórico que afecten el desarrollo de la toma de signos vitales en los alumnos del primer año de enfermería en su primer contacto clínico con pacientes reales, 2014-2015.

**Análisis:** El 50.7% los alumnos consideran menos complicado visualizar la inspiración del paciente para medir la respiración, seguido de un 24.6% que cree es complicado y un 20.3% que dice es nada complicado, finalmente con 4.3 aquellos que les resulta muy complicado.

¿A qué crees que se deban tus deficiencias, para no lograr obtener un resultado correcto en la toma de signos vitales?				
Factores	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No conocer correctamente el procedimiento	1	1.4	1.4	1.4
Me faltó más práctica	18	29.0	29.0	30.4
Falta de coordinación en mis manos	16	23.2	23.2	53.6
Estrés y nervios al tratar con un paciente real y el primer contacto en clínica.	18	29.0	29.0	82.6
El equipo de laboratorio o de la clínica no funcionan bien	4	7.2	7.2	89.9
Todas Influyen	1	1.4	1.4	91.3
Considero que no tengo deficiencias	5	8.7	8.7	100.0
Total	63	100.0	100.0	

**Fuente:** Cuestionario sobre factores no ligados al conocimiento teórico que afecten el desarrollo de la toma de signos vitales en los alumnos del primer año de enfermería en su primer contacto clínico con pacientes reales, 2014-2015.

**Análisis:** Con un porcentaje del 29% los alumnos creen que sus deficiencias se deben a que les faltó práctica, también un 29% debido al estrés y nervios al tratar con un paciente real y el primer contacto en la clínica, seguido de un 23.2% que consideran la falta de coordinación en sus manos, con porcentajes menos significativos se encuentran aquellos que creen no conocer correctamente el procedimiento, aquellos que dicen que el equipo de laboratorio o de la clínica no funciona bien y aquellos que creen no tienen deficiencias.

## X. DISCUSIÓN

Al realizar la práctica análoga y clínica, en esta última con base en el estado del arte analizado, encontramos las siguientes similitudes y discrepancias:

El aprendizaje procedimental de los signos vitales es un tema de suma importancia en el hacer de Enfermería, puesto que es una de las principales actividades que se realiza en el primer contacto con el área de salud. Para lograr realizar correctamente dichas actividades es importante adentrarnos en el aprendizaje que está llevando el alumno en sus prácticas análogas y en las clases teóricas, sin embargo no solo los conocimientos teóricos le brindaran al alumno las herramientas para poder realizar una correcta toma de los signos vitales, ya que el estrés, el temor, la duda y varias circunstancias que en ocasiones ignoramos durante la práctica clínica, se convierten en uno de los principales problemas que entorpecen el aprendizaje procedimental de los signos vitales de los alumnos de enfermería.

El estudiante de enfermería es una persona que se encuentra capacitándose en el campus académico y que además intenta comprender el encuentro con otras personas, en este caso hospitalizados en una situación de práctica profesional. Las experiencias en los primeros contactos determinaran y condicionaran los sentimientos, pensamientos, actitudes y conductas en el proceso de practica-aprendizaje en el que se encuentren inmersos, y las experiencias que vivan durante este primer contacto serán de suma importancia para lograr sus objetivos como estudiantes de Enfermería.

No existen suficientes investigaciones las cuales se interesen en los factores externos que entorpecen la toma de signos vitales en los alumnos de enfermería.

Sin embargo Mamani Omar en su investigación “Factores estresantes en las primeras experiencias prácticas hospitalarias” y a través de un cuestionario auto administrado por alumnos de la carrera de enfermería, demostró que se posee una gran cantidad de estrés en las prácticas clínicas de Enfermería por lo tanto los alumnos bajan su potencial, ya que no esperan encontrarse con ciertas situaciones que disminuyen su capacidad en el hacer diario, como lo son: el miedo al primer contacto enfermero-paciente, el afrontamiento de la muerte, situaciones de patologías críticas, relaciones con los profesionales, falta de conocimientos y destreza en las técnicas, situaciones que fueron factores que coinciden con el presente estudio, ya que nuestros alumnos encuestados reflejan una claridad en los conocimientos y herramientas adquiridas durante la teoría, y así mismo reflejan contar con actividades que apoyan a su aprendizaje tales como, videos, exposiciones, y retroalimentaciones de parte del profesor, sin embargo las circunstancias que perjudican

el hacer correcto de la toma de signos vitales, son las situaciones a las cuales se enfrentan y les producen angustia, temor, miedo y estrés.

Entonces podemos decir que la práctica clínica si fortalece los conocimientos teóricos previamente aprendidos, sin embargo existen situaciones las cuales afectan el ambiente de aprendizaje o entorpecen este mismo, lo cual daña, disminuye o dificulta el hacer practico de los estudiantes de enfermería y que fortalece lo que concluye Mamani Omar en su investigación.

También podemos concluir en base a los resultados arrojados por nuestra investigación, que los alumnos muchas veces subestiman las actividades a realizar ya que cuando se les cuestiona sobre la complejidad que les resultan ciertas actividades la mayoría de veces mencionan no tener alguna, sin embargo cuando se cuestiona de habilidad y el número de veces que les toma realizar una actividad para hacerlo correctamente y en la cual intervengan más de 2 de sus sentidos como la respiración o la toma de tensión arterial, es cuando notamos la dificultad que les produce, sumándole la situación de estrés o miedo a la cual se están enfrentando.

## XI. CONCLUSIONES

De las principales variables a analizar, era conocer las dudas que tenían antes de cada procedimiento y en las cuales se encontró que el 36.2% no escuchaba los ruidos par la toma de la tensión arterial, y con un 14% no lograba visualizar la respiración del paciente, por lo tanto encontramos que las actividades en las que intervenían más sentidos, les causaban una complejidad mayor a las demás actividades.

Además nos adentramos a la autopercepción de habilidad para la toma de signos vitales, se encontraron similitudes en las actividades tales como tomar la respiración y la tensión arterial, en donde el 55.1% considero tener poca habilidad para la respiración del mismo modo que el 62.3 % que considero tener poca habilidad para la toma de la tensión arterial. Para el número de veces que tuvieron que realizar una actividad para obtener un resultado correcto, encontramos que hubo alumnos que consideraron necesario tomar 30 veces la tensión arterial, siendo nuevamente una de las actividades más difíciles de realizar.

En relación a la complejidad, los alumnos no refieren que les sean complicadas la mayoría de las actividades, sin embargo si comparamos los resultados con la habilidad en relación con que el número de veces que tuvieron que realizar ese procedimiento para tener un resultado correcto, podemos notar que son completamente distintos los resultados, puesto que al inicio creen y subestiman las actividades, sin embargo al final notamos la complejidad o la falta de habilidad que les resulta tomar correctamente los signos vitales, pudiendo concluir que la medición de la respiración y la toma de la tensión arterial, en donde intervienen más sentidos, así como la psicomotricidad de las manos, les resulta más complicado que las actividades visuales.

Al final se les cuestiona sobre las deficiencias que consideran son importantes o entorpecen su aprendizaje o su capacidad para lograr obtener un resultado correcto y entre las más mencionadas aparece el estrés y nervios al tratar con un paciente real 29%, así como la falta de practica en la práctica análoga con el mismo porcentaje y la falta de coordinación en sus manos (psicomotricidad) con un 24%.

Podemos concluir que los alumnos de primer año de enfermería, están inmersos en un nuevo mundo al cual se tienen que enfrentar con nuevos retos, reales, y de suma importancia como lo es un paciente real, ya que en muchas ocasiones está en nuestras manos su bienestar o su salud, por tal motivo, las primeras practicas hospitalarias son tan importantes para el alumno de enfermería, ya que le ayudara a enfrentar sus miedos, poner a prueba sus conocimientos y habilidades y así formarse como enfermera, por tal motivo es importante la preparación teórica la cual brindara seguridad para realizar las

actividades, pero también psicológica para poder sobrellevar estos miedos, los cuales de antemano sabemos no podemos enfrentar con el mero conocimiento teórico, sino con el apoyo de los profesores en las prácticas análogas es un pilar vital de los alumnos y de gran trascendencia su tutor de práctica.

## XII. ANEXOS



Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



Objetivo: Conocer las principales dificultades procedimentales por las cuales atraviesan los alumnos del primer año de enfermería en el momento en que realizan la toma de signos vitales y las cuales no les permiten conocer un resultado correcto.

Nombre del Alumno:

Edad:

Laboras en algún servicio de salud:

Si ( ) No ( )

Únicamente contestar si vieron el “Audiovisual de signos vitales” en clase:

- El material audiovisual fue observado por el alumno antes de la demostración:
- Si ( ) ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_
- No ( )
- Porque? \_\_\_\_\_
- En campo clínico, tuviste la oportunidad de volverlo a ver, ya sea por tu cuenta o con tus compañeros.
- Si ( ) ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_
- No ( ) ¿Por qué? \_\_\_\_\_

1.- Antes de realizar el procedimiento de **“Signos Vitales”**, estuviste presente en alguna demostración (aula o laboratorio)

Si ( )

No ( )

2.- ¿Durante la demostración, tuviste la oportunidad de realizar el procedimiento, tú solo con la supervisión de un profesor?

Si ( )

No ( )

¿Por qué? \_\_\_\_\_

3.- Después de la demostración ¿hubo retroalimentación para aclarar todas tus dudas?

Si ( ) ¿Qué dudas tenías en ese momento? \_\_\_\_\_

No ( )

¿Por qué no hubo retroalimentación? \_\_\_\_\_

3.- Para qué procedimiento consideras tienes más habilidad

	MUCHA HABILIDAD	HABILIDAD	MENOS HABILIDAD	NADA DE HABILIDAD
Toma de pulso				
Toma de respiración				
Toma de temperatura				
Toma de T.A				

Posterior a la demostración o retroalimentación, ¿cuántas veces tuviste la oportunidad de realizar el procedimiento, ya sea en salón de clase, laboratorio, casa o clínica? Con número

\_\_\_\_\_

¿Cuántas veces fue necesario realizar la Toma de temperatura para leer correctamente el resultado?

\_\_\_\_\_

¿Cuántas veces fue necesario medir la respiración, para lograr obtener el resultado?

\_\_\_\_\_

¿Cuántas veces fue necesario medir la toma de pulso, para lograr obtener el resultado?

\_\_\_\_\_

¿Cuántas veces fue necesario medir la T.A para lograr obtener un resultado correcto?

---

7.- Califica ¿qué tan difícil te resulta realizar las siguientes actividades? En donde 1 es nada, 2 es menos complicado, 3 es complicado y 4 es muy complicado.

	1 NADA COMPLICADO	2 MENOS COMPLICADO	3 COMPLICADO	4 MUY COMPLICADO
Medir la inspiración del paciente (inhalación)				
Localizar el pulso				
Sentir el pulso				
Visualizar el resultado de la temperatura en el termómetro de mercurio				
Localizar la arteria braquial(fosa antecubital cara interna) para tomar la T.A				
Colocar el brazalete correctamente				
Insuflar el manguito				
Cerrar o abrir correctamente y lentamente la válvula del esfigmomanómetro				
Desinflar el manguito				
Escuchar los primeros ruidos claros (presión sistólica) y el momento en que desaparecen (presión diastólica)				
Visualizar la inspiración del				

paciente para medir la respiración				
------------------------------------	--	--	--	--

¿A qué crees que se deban tus deficiencias para no lograr obtener un resultado correcto en la toma de signos vitales?

- No conocer correctamente el procedimiento ( )
- Me faltó tiempo de práctica ( )
- Falta de coordinación en mis manos ( )
- Falta de coordinación en mis sentidos ( )
- Estrés y nervios al tratar con un paciente real ( )
- Información y practica insuficiente de parte de tus profesores ( )
- No hubo retroalimentación de parte de tus profesores ( )
- El equipo de laboratorio o de la clínica no funcionan bien ( )
- Todas influyen ( )
- Considero que no hay deficiencias ( )

**P.L.E MARISOL TORRES MEDINA**

## BIBLIOGRAFIA

---

<sup>1</sup> Felipe Tirado, Miguel A. Martínez, Patricia Covarrubias. (2010). Psicología educativa, para afrontar los desafíos del siglo XXI. México: Mc Graw Hill.

<sup>2</sup> Pascual. P. (Octubre 2009). "Teorías de Bandura Aplicadas al Aprendizaje. Inovacion y Experiencias Educativas" Vol. 1, Núm. 3 pp 8.

<sup>3</sup> Castorina, J.A y otros: Piaget en la Educación (Septiembre 2003). Paidós Mexico Vol. 4, Núm 5 p.p 119.

<sup>4</sup> AUSUBEL-NOVAK-HANESIAN (2010). Psicología Educativa: Un punto de vista cognoscitivo. 2º Ed. TRILLAS México

<sup>5</sup> MOREIRA, M.A. (2007). A Teoría da Aprendizaje Significativa de David Ausubel. Fascículos de CIEF Universidad de Río Grandedo Sao Paulo.

<sup>6</sup> Carrillo Mora Paul, Gómez Moya Rosinna (2011) Aprendizaje Procedimental. Rev Neuropsicología, Vol. 6 (1), p.p 22-35.

<sup>7</sup> Balseiro T.E. Enfermería y docencia Vol. 10 N3 México 1996

<sup>8</sup> Kierkegaard, S. La Repetición. Madrid España (2001) p.p 101-125.

<sup>8</sup> Ibidem p.p 101-125.

<sup>9</sup> Nisbet, J Y Shucksmith (2012). Estrategias de Aprendizaje. Madrid

<sup>10</sup> Robert Gagnè . Las condiciones del aprendizaje y la memoria. (2001) Madrid, España. P.p 6-12

<sup>11</sup> L. Aguado –Aguilar ( 2003) . Aprendizaje y Memoria. Rev. Neurologica ; 32 (4), p.p 373-381

<sup>12</sup> M.C. Etchepareborda, L. Abad-Mas. (2005). Memoria de trabajo en los procesos básicos del aprendizaje. Revista de Neurología, Vol. 66, pp 579-583.

<sup>13</sup> Joseh J; Stubbeud G. (2002) Retroalimentación y sistemas de aprendizaje. MacGraw Hill. México p.p 212-288.

- 
- <sup>14</sup> Dr. Alberto Lifshitz. (Marzo-Abril 2003). La modernización de la educación y el aprendizaje Psicomotor. *Cirugía y Cirujanos*, 66, P.43-44.
- <sup>15</sup> Spinato de Biasi L, Rubin Pedro E. Experiences of learning about nursing care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2009;43 (3): 506-511.
- <sup>16</sup> Silva Jovânia Marques de Oliveira e, Lopes Regina Lúcia Mendonça, Diniz Normélia Maria Freire. *Fenomenología. Rev. bras. enferm.* 2008; 61(2): 254-257.
- <sup>17</sup> González Ortega, Y. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. *Aquichan* 2007; 7(2):130-138.
- <sup>18</sup> Acebedo-Urdiales S, Rodero-Sánchez V, Vives-Relats C, Aguarón-García M. La mirada de Watson, Parse y Benner para el análisis complejo y la buena práctica. *Index Enfermería* 2007; 16(56): 40-44.
- <sup>19</sup> BARRAZA MACÍAS A. Características del estrés académico en los alumnos de educación media superior. *Revista Electrónica Psicología Científica*. [en línea]. [Fecha de consulta: Octubre del 2014]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com>
- <sup>20</sup> Alemán Méndez, S y cols. Crecimiento personal y práctico de Enfermería; afrontarlas sin miedos. *Enfermería Científica*. Sept. Octubre 1998 198-199: 63-66
- <sup>21</sup> BARRAZA MACÍAS, A. "Un modelo conceptual para el estudio del estrés académico". *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. Vol.9. N°3. Diciembre de 2006.
- <sup>22</sup> López Medina, Isabel M. Sánchez Criado, Vicente. "Percepción del estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas". Publicado en *Enfermería Clínica*. 2005. vol.15 núm. 06.
- <sup>23</sup> LÓPEZ MEDINA, Isabel M. Sánchez Criado, Vicente. "Percepción del estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas". Publicado en *Enfermería Clínica*. 2005. vol.15 núm. 06
- <sup>24</sup> Declaración de Helsinki de la Asociación Médica mundial [Citado 05 abril 2012] disponible en: [www.unav.es/cdb/ammhelsinki2.html](http://www.unav.es/cdb/ammhelsinki2.html)
- <sup>25</sup> Presidencia de la Republica, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México 1984-vigencia 2009.