



**UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**“PERCEPCIÓN DE LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA RESPECTO DEL
PROCESO DE TOMA DE DECISIONES FRENTE A SITUACIONES
PROBLEMAS.”**

AUTORA: PAMELA LOBOS DÍAZ

PROFESORA GUÍA: MARÍA SOLEDAD JARA D.

**PROGRAMA MAGÍSTER EN ENFERMERÍA
CON MENCIÓN EN GESTIÓN DEL CUIDADO**

VALPARAÍSO, CHILE

ENERO, 2011

I. INFORME DE APROBACION DE TESIS.

II. AGRADECIMIENTOS

A mis hijos, Cristóbal, Ignacio, Sebastián y en especial a Catalina, quienes generosamente cedieron su tiempo para permitirme avanzar en este desafío.

A Fernando, mi esposo, que se convirtió en el pilar fundamental para finalizar la tarea emprendida, con su apoyo incondicional en el tiempo.

A mis padres, colegas, amigas, amigos y especialmente a mi asesora, quienes con su aliento contribuyeron para nunca decaer en el propósito.

A todos, infinitas gracias por permitirme cumplir a cabalidad este nuevo reto, completando una parte más de mi ciclo profesional.

III. ÍNDICE

1	CAPITULO 1 INTRODUCCIÓN	6
1.1	ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	6
1.2	DELIMITACION DEL PROBLEMA	8
1.2.1	PREGUNTA INVESTIGATIVA.....	8
1.2.2	EJE GENERADOR: PROCESO DE TOMA DE DECISIONES	9
1.3	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	10
1.4	OBJETIVOS	11
1.4.1	Objetivo general.....	11
1.4.2	OBJETIVOS específicos	11
2	CAPITULO 2 MARCO REFERENCIAL	12
2.1	MARCO CONTEXTUAL	13
2.1.1	CONTEXTO INTERNACIONAL.....	13
2.1.2	LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA U. DE VALPARAISO	20
2.1.3	EL PROCESO DE ADMISIÓN	26
2.1.4	EL PROCESO FORMATIVO, EL ESTUDIANTE COMO SUJETO DE TRANSFORMACIÓN	27
2.1.5	PLAN CURRICULAR.....	29
2.1.6	EL PROCESO DE EGRESO.....	33
2.2	MARCO CONCEPTUAL.....	35
2.2.1	LA RELACIÓN PEDAGÓGICA Y EL PROCESO FORMATIVO DEL ESTUDIANTE....	35
2.2.2	PROCESO DE TOMA DE DECISIONES.....	38
2.2.3	AUTONOMÍA Y EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES PARA LA GESTIÓN DE LOS CUIDADOS.....	41
2.2.4	DIALOGO ENTRE LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA	45
2.3	VARIABLES DEL ESTUDIO.....	46
2.3.1	DEFINICIÓN DE VARIABLES	46
2.3.2	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	47
3	CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA.....	52

3.1	DISEÑO DE LA INVESTIGACION	52
3.1.1	TIPO DE ESTUDIO	52
3.1.2	CONSIDERACIONES ÉTICAS	52
3.2	POBLACIÓN EN ESTUDIO	53
3.3	DISEÑO MUESTRAL	53
3.3.1	Criterios de Inclusión	53
3.3.2	Criterios de Exclusión	53
3.4	UNIDAD DE ANÁLISIS	53
3.5	RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	54
3.5.1	DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO.....	54
3.5.2	RELACIÓN DE LOS ÍTEMS CON VARIABLES ESTUDIADAS.....	60
3.5.3	PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS	61
3.6	ANÁLISIS DE LOS DATOS	62
A.	Primera Etapa	62
B.	Segunda Etapa	62
C.	Tercera etapa	62
4	CAPITULO 4 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	64
4.1	CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA	64
4.1.1	PERFIL BIODEMOGRÁFICO Y ACADÉMICO	64
5	CAPITULO 5 DISCUSIÓN Y SUGERENCIAS	67
5.1	INTERPRETACION DE RESULTADOS	67
5.2	COMENTARIOS.....	73
5.3	SUGERENCIAS	75
6	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76
6.1	TEXTOS.....	76
6.2	WEBLIOGRAFÍAS	76
6.3	SITIOS WEB	78

6.4	DOCUMENTOS INSTITUCIONALES.....	78
7	ANEXOS.....	79
7.1	ANEXO 1: GRUPO FOCAL.....	79
7.2	ANEXO 2: TABLAS ESTADÍSTICAS.....	103
7.3	ANEXO 3: consentimiento informado.....	123
7.4	ANEXO 4: INSTRUMENTO.....	125
7.5	ANEXO 5 CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA.....	130

V. RESUMEN

Con la finalidad de describir la percepción de los internos de enfermería, respecto del proceso de toma de decisiones vivenciado frente a situaciones problemáticas, durante sus experiencias de aprendizaje de práctica clínica, se entregan los resultados de un estudio descriptivo – retrospectivo y transversal. La población corresponde al total de internos de la carrera de enfermería en el noveno semestre, de la Universidad de Valparaíso, año 2009.

El instrumento se diseñó sobre la base de un grupo focal a egresados, entrevistas a expertos y consulta de literatura e investigaciones. Los resultados, presentados en base a objetivos definidos, destacan un alto porcentaje de ingreso a la carrera en primera opción (65,3%), argumentando como causa la inclinación personal (97,2%). Los aprendizajes más valorados para el proceso de toma de decisiones fueron el quehacer enfermero además de teorías y conceptos (85 y 81% respectivamente). Las experiencias más relevantes fueron la posibilidad de actuar con seguridad (89%), poder corregir errores (79%) y recibir buen trato (74%). La falta de recursos no es percibida como un factor que interfiera en el proceso de toma de decisiones (40%). Los resultados encontrados coinciden con estudios realizados en otros contextos de formación de enfermeras(os), corroborando que el aprendizaje en entornos que consideran la cultura e identidad como elementos imprescindibles, lo facilitan. El proceso de transformación proporcionado por estrategias educativas apropiadas, provocará en el estudiante la adquisición de herramientas para enfrentar la toma de decisiones de manera adecuada.

Palabras clave: interno de enfermería, proceso de toma de decisiones, experiencias de aprendizaje

VI. ABSTRACT

The results of a descriptive- retrospective and transversal study are presented with the purpose of describing the perception of nursing interns about the process of making decisions in problematic situations during their learning experiences in the clinical practice. The population corresponds to the total number of interns of the Nursing Program, ninth semester, Universidad de Valparaiso, 2009.

The instrument was designed on the basis of a focus group with nursing graduates, interviews to experts and analysis of literature and researches. The results, presented on the basis of defined objectives, underline a high percentage of students enrolled in the nursing program as their first option (65,3%), explaining their choice as a personal inclination (97,2%). The learnings with the highest evaluation in the process of making decisions were the characteristics of the nurse's labor in addition to theories and concepts (85% and 81% respectively). The most relevant experiences were the capacity to act with confidence (89%), to be able to correct mistakes (79%) and to receive a good treatment (74%). The lack of resources is not considered as a factor that interferes in the process of making decisions (40%). The results achieved coincide with studies done in other contexts of the training of nurses, thus confirming that the learning in an atmosphere that considers culture and identity as an indispensable element facilitates it. The transformation process provided by adequate educational strategies will help the student in the acquisition of tools necessary for making decisions in the right way.

Key words: nursing intern, process of making decisions, learning experience

1 CAPITULO 1 INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

En los diversos ámbitos de desempeño de la enfermera, un principio fundamental es el ejercicio de la autonomía profesional, concepto básico para el desarrollo disciplinar.

El programa de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, compromete para esto el desarrollo de actitudes y valores relacionado con la incorporación de conocimientos, habilidades y actitudes propias del ejercicio profesional; no obstante, en respuesta a un modelo pedagógico centrado en objetivos de enseñanza y no en resultados de aprendizaje, evaluar de forma estandarizada estas competencias se ha transformado en un desafío para los académicos, quienes saben con certeza que estos aprendizajes resultan relevantes para la formación.

Históricamente enfermería, ha venido ejerciendo la gestión del cuidado en forma autónoma, pero a la sombra de otras profesiones, subsumida en consecuencia con un modelo biomédico, en una cultura de dependencia que depositó originalmente la tarea del cuidado en la mujer cuyo principal contexto era el hogar.

El cambio que provoca Florence Nightingale con la profesionalización de Enfermería, genera una serie de debates relacionados con el rol y género, una vez que, el cuidado comienza a ser comprendido como ciencia.

Aparece desde entonces una larga discusión que busca validar este rol de cuidados propio de la mujer, con el enfoque científico, imperante en la época, basado en un paradigma positivista, con orientación eminentemente masculina.

Progresivamente, el cuidado adquiere la dimensión de disciplina, asignándosele un valor propio. Se transforma de este modo, en la CIENCIA DEL CUIDAR, concepto que evidencia la necesidad de continuar con el desarrollo autónomo, dado que si bien el rol ejercido le es propio, no podrá hacerlo si se encuentra bajo la tutela de otra profesión.

En Chile, como resultado de una ardua labor de reivindicación realizada por el Colegio de Enfermeras, se obtiene el reconocimiento por parte del legislador y la sociedad, a la labor profesional y de compromiso social desarrollada, mediante la modificación del Artículo 113 del código sanitario (diciembre 1997). Posteriormente, el Decreto N° 140, de 2004, del Ministerio de Salud, establece el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, en su artículo 51, y dispone que la “gestión de cuidados” comprende las acciones destinadas a la promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones y la ejecución de actividades derivadas del diagnóstico y tratamiento médico. En el año 2007, se logra con la Norma General Administrativa N° 19, del Ministerio de Salud, que los establecimientos de salud que brindan atención cerrada, implementen las Unidades de Gestión del Cuidado,

Por otra parte, en el ámbito de educación ocurren en forma similar, una serie de transformaciones que dan cuenta del cambio de paradigma, desde una enseñanza centrada en el profesor a un aprendizaje centrado en los estudiantes. En este contexto en el año 2007, en respuesta a las nuevas demandas del entorno, la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso se incorpora al proyecto MECESUP UBB 0607, “Innovación Académica en Escuelas de Enfermería en Red para Enfrentar Desafíos de la Educación Terciaria”, actualmente en desarrollo. En marzo de 2008, como resultado de la primera asistencia técnica, que considera la opinión de los empleadores, para el levantamiento de las competencias requeridas en el perfil de egreso, de la nueva propuesta formativa, estos los identifican como buenos gestores, con habilidades cognitivas e instrumentales adecuadas al perfil de generalista. No obstante, demandan de ellos un mayor desarrollo de competencias genéricas, como la capacidad para tomar decisiones en situaciones de incertidumbre.

Ante estos requerimientos, resulta interesante conocer la percepción que tienen los internos de enfermería respecto de sus experiencias en el proceso formativo, y el logro de habilidades para el proceso de toma de decisiones, considerando que, es en este período donde se puede evidenciar principalmente la adquisición de competencias relacionadas con la autonomía profesional.

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, del conjunto de conceptos y variables relacionadas con el proceso de toma de decisiones, según la percepción de los internos de enfermería de la Universidad de Valparaíso, frente a situaciones problema de la práctica clínica de todo su proceso formativo (retrospectivo). Estos fueron estudiados en el momento durante el desarrollo de su internado profesional (transversal).

La población en estudio estuvo constituida por los estudiantes de la carrera de enfermería, sede casa central, de la Universidad de Valparaíso, año 2009 que cursaban el V nivel, noveno semestre, incluyéndose a todos los estudiantes que cumplían con los criterios para el estudio, n= 85.

El objetivo principal de este estudio fue: “Describir el proceso de toma de decisiones vivenciado por los/las Internos de enfermería, frente a situaciones problemas, relacionadas con la gestión del cuidado del usuario externo e interno, durante sus experiencias de práctica clínica, en las asignaturas profesionales teórico prácticas hasta el internado”.

De este modo, se pretende responder a preguntas tales como: ¿Cuáles son los aprendizajes considerados relevantes por los internos y que le ayudaron a tomar decisiones adecuadas, frente a situaciones problemas, relacionadas con la gestión del cuidado, durante sus experiencias de práctica clínica?, ¿Cuáles son las vivencias, que le ayudaron a tomar decisiones adecuadas, durante la práctica clínica, frente a situaciones problema relacionadas con la gestión del cuidado?, ¿Qué factores son percibidos por el interno de enfermería que afectaron el proceso de toma de decisiones en situaciones problemas relacionados con la gestión del cuidado?

Para recoger la información se diseñó un instrumento en varias etapas: durante los años 2007 y 2008, se consultó literatura especializada, investigaciones realizadas en el tema, entrevista a docentes y enfermeras expertas en el tema. Para un mayor acercamiento a la vivencia de los internos, en Enero de 2009 fue realizado un Grupo focal con 5 egresados de la carrera.

El año 2009, el instrumento fue sometido a juicio de expertos, y se probó con 2 internas, solicitando la asesoría de una experta en estadística. El instrumento fue aplicado desde la 2º semana de agosto a la 4º semana de septiembre de 2009; realizándose luego vaciamiento de los datos a planilla Excel, análisis de la información en programa estadístico Stata 8.0. y finalmente análisis de los resultados.

Conocer las experiencias de aprendizaje y las limitaciones encontradas al interior del proceso formativo, permitirá reflexionar con más detención sobre las estrategias de enseñanza y aprendizaje desarrolladas por las/los docentes, con el fin de construir nuevas propuestas, dentro de la cultura de mejoras instalada en la unidad en el marco de la calidad y los procesos de autoevaluación.

De este modo se podrá dar respuesta satisfactoria a las necesidades de formación del entorno y de los propios estudiantes; ya que la necesidad de incorporar y evaluar competencias tan complejas como esta, implica un desafío no solo para el estudiante, sino también para los docentes que las instalan. La incorporación debe ser consecuente y gradual; es decir, no generando conflictos entre lo que saben, lo que creen y lo que hacen.

1.2 DELIMITACION DEL PROBLEMA

Percepción de los internos, respecto del proceso de toma de decisiones, vivenciado frente a situaciones problemas relacionadas con la gestión del cuidado del usuario externo e interno, durante sus experiencias de práctica clínica, en las asignaturas profesionales teórico prácticas, de la Carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, año 2009.

1.2.1 PREGUNTA INVESTIGATIVA

La pregunta de investigación planteada para el presente estudio es la siguiente:

¿Cuál es la percepción de los Internos de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, respecto del proceso de toma de decisiones, frente a situaciones problemas, relacionadas con la gestión del cuidado del usuario externo e interno, durante sus experiencias de práctica clínica, en las asignaturas profesionales teórico prácticas?

1.2.2 EJE GENERADOR: PROCESO DE TOMA DE DECISIONES

Para que el estudiante alcance la autonomía profesional, es necesario que sea habilitado progresivamente, enfrentándolo a situaciones que le signifiquen ejercitarse en el proceso de toma de decisiones; específicamente, decisiones relacionadas con la Gestión del Cuidado, desde lo más simple a lo más complejo, desde un enfoque individual, a una mirada colectiva, en diversos contextos de cuidado, durante todo su proceso de formación.



Cuadro 1: Dimensiones comprometidas para la investigación del proceso de toma de decisiones del interno de enfermería, vivenciado frente a situaciones problemas relacionadas con la gestión del cuidado del usuario externo e interno. Lobos, P. 2010.

1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **PROCESO DE TOMA DE DECISIONES:** elección de la alternativa de solución que se le presenta al interno de enfermería durante todo su trayecto de formación en actividades teóricas y prácticas, en ámbitos de la atención abierta y cerrada, desde que el inicio de las asignaturas profesionales en 2º año hasta la etapa de internado, para seleccionar la más adecuada y resolver y/o actuar ante una situación problema relacionada con una persona, familia y/o comunidad y/o algún integrante del equipo de enfermería y/o de salud.
- **EXPERIENCIAS DE APRENDIZAJE:** experiencias que han tenido los internos de enfermería a través de todo su proceso de formación académica en diferentes contextos de aprendizaje durante sus prácticas clínicas en las asignaturas profesionales que él ha percibido como favorables para el proceso de toma de decisiones.
- **SITUACIONES PROBLEMA:** eventos referidos a los cuidados que requieren las personas, familia y/o comunidad y también a necesidades presentadas por los integrantes del equipo de enfermería y/o de salud, ante las cuales el interno debe tomar decisiones que se presentan en la experiencia práctica de una asignatura teórico práctica profesional.
- **INTERNO:** estudiante de la carrera de enfermería que ha cursado 9 semestres de un total de 10, en forma satisfactoria y que se encuentra realizando su última práctica profesional en ambiente intra o extra hospitalario.

1.4 OBJETIVOS

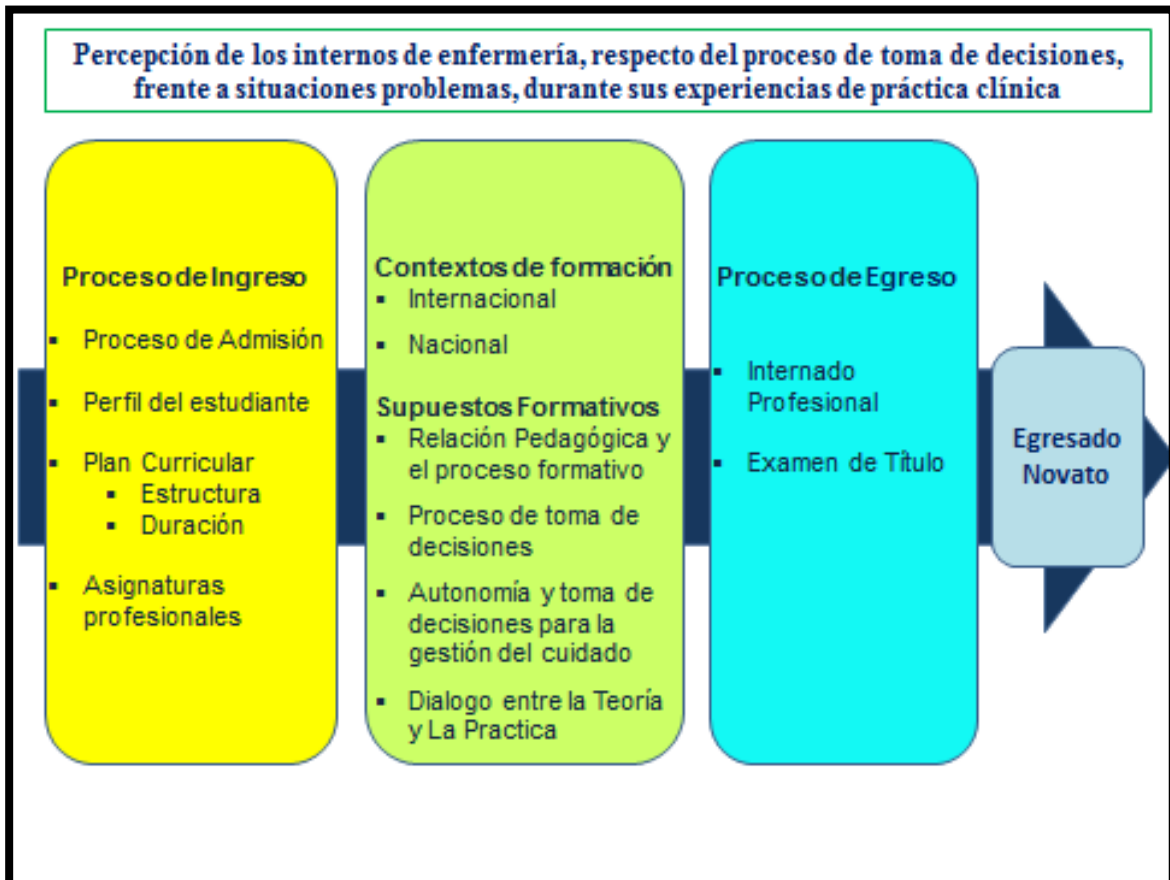
1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir el proceso de toma de decisiones vivenciado por los/las internos de enfermería, frente a situaciones problema, relacionadas con la gestión del cuidado del usuario externo e interno, durante sus experiencias de práctica clínica, en las asignaturas profesionales teórico prácticas hasta el internado.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el perfil biodemográfico y académico del interno de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, en relación a: sexo, edad, colegio de procedencia, año de ingreso a la carrera, causas que lo motivaron a estudiar enfermería, área de internado que cursa actualmente, promedio de notas con que postuló a él.
- Identificar la percepción de los internos de enfermería respecto de los aprendizajes considerados relevantes en la carrera y que le ayudaron a tomar decisiones adecuadas, frente a situaciones problemas, relacionadas con la gestión del cuidado del usuario externo e interno, durante sus experiencias de práctica clínica, en las asignaturas profesionales teórico prácticas hasta el internado.
- Identificar las vivencias durante la práctica clínica de las asignaturas profesionales teórico prácticas hasta el internado, que al interno de enfermería le ayudaron a tomar decisiones adecuadas, frente a situaciones problema relacionadas con la gestión del cuidado del usuario externo e interno.
- Identificar los factores percibidos por el interno de enfermería que afectaron el proceso de toma de decisiones en situaciones problema relacionadas con la gestión del cuidado del usuario e durante sus experiencias de práctica clínica en las asignaturas profesionales teórico prácticas hasta el internado.

2 CAPITULO 2 MARCO REFERENCIAL



Cuadro 2: Esquema con los elementos del marco de referencia. Tesis “Percepción de los internos de enfermería, respecto del proceso de toma de decisiones, frente a situaciones problemas.”. Lobos, P., 2010

2.1 MARCO CONTEXTUAL

De acuerdo con los historiadores, la enfermería como actividad, existió desde el inicio de la humanidad, expresado en la capacidad limitada de algunas personas para valerse por sí mismas, y en la necesidad de cuidar de ellas.

A continuación se presentan como marco de referencia el contexto en que se ha desarrollado la enfermería, en el ámbito internacional y en el nacional, con el fin de conocer los hitos que han sustentado su desarrollo profesional y disciplinar.

2.1.1 CONTEXTO INTERNACIONAL

De acuerdo con los historiadores, la enfermería como actividad, existió desde el inicio de la humanidad, expresado en la capacidad limitada de algunas personas para valerse por sí mismas, y en la necesidad de cuidar de ellas.

La inglesa Florence Nightingale, es considerada la precursora de la enfermería profesional en el siglo XIX. Durante la guerra en Crimea, su gran inteligencia, capacidad de observación y sensibilidad, le permitieron organizar y mejorar las instalaciones sanitarias de campaña; evidenciando todas estas reformas en una serie de cuadernos. Simultáneamente realizó una serie de estudios estadísticos que le permitieron fundamentar los cuidados. A partir de este momento.

A partir de los años 50, surge con fuerza una corriente de opinión que aborda la filosofía de la profesión, otorgándole de este modo una identidad propia, que la diferencia de otras profesiones de la salud.¹

¹ León R., C., Enfermería ciencia y arte del Cuidado. (Diciembre 2006) Revista Cubana de Enfermería. Volumen 22 N° 4. en http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_4_06/enf07406.htm#autor Consultado el 23.12.2010.

En 1952, continuando con la obra de profesionalización, Hildegarden Peplau publica el primer Modelo Conceptual de Enfermería, cuya obra tiene por título *Interpersonal Relations in Nursing*. Este mismo año aparece la revista *Nursing Research*, convirtiéndose en un órgano de difusión de primer orden en investigación².

En esta concepción, la formación de enfermeras desde su inicio se ha anticipado a las necesidades futuras; incorporando los avances científico-tecnológicos; participando activamente en las estrategias de mejora en el acceso y reducción de los costos; creando nuevas modalidades de atención, en definitiva ejerciendo profesionalmente con calidad, seguridad, fundamento y autonomía, garantizando a la sociedad, el cuidado de la salud que mejora la calidad de vida de las personas y sus familias.³ En adelante las instancias de crecimiento profesional y disciplinar se vieron multiplicadas, instalándose simultáneamente el desafío para la formación, al tener que responder satisfactoriamente ante la sociedad el compromiso adquirido.

La Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, no ha estado ajena a este llamado; teniendo como referentes particularmente a España y Colombia, por evidenciar ambos en los últimos años, interesantes hitos para la formación de enfermeras. Es así que en el marco del desarrollo de un proyecto de innovación académica, financiado por el Ministerio de Educación, la escuela realiza una serie de estadías con el fin de conocer sus experiencias en esferas de innovación curricular, desarrollo disciplinar y profesional

En España se evidenciaron notables transformaciones en el ámbito curricular, asociadas a su participación en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), con su Modelo de Convergencia del Sistema Universitario Español. Dicho modelo establece una serie de cambios, entre otros, el Sistema de Créditos Transferibles desplegado al interior de los países integrantes de la Unión Europea, que busca formar profesionales con competencias homologables en todo el territorio suscrito al convenio. Estas modificaciones curriculares le significaron en particular a Enfermería enriquecimiento en el ámbito disciplinar, reflejado en la entrega de títulos y grados homologables, en la articulación de pre y postgrado en varios de sus programas.

En Colombia, destacaron los esfuerzos realizados para elevar los indicadores de calidad en educación, mediante políticas de estado, orientadas principalmente a la enseñanza superior con formación de capital

² *Ibíd.*

³ Documento: Necesidad de exclusividad universitaria para la formación de la Enfermera/o - Enfermera-matrona. Proyecto de ley en trámite constitucional que confiere carácter de título profesional con exclusividad universitaria a Enfermería. Julio 2008. www.achieen.cl. (Consultado el 14.01.2011)

humano avanzado. El impacto de estas políticas en Enfermería se tradujo en cambios a nivel curricular, en algunas escuelas con la entrega del grado académico de licenciado, al extender sus programas de 8 a 10 semestres y la creación en otras unidades de programas de posgrado reconocidos a nivel internacional. Estas innovaciones han generado semilleros de investigación, con líneas bien definidas, asociadas a publicaciones que abordan los cuidados de enfermería, en revistas de corriente principal. Todas estas políticas de largo aliento le han reportado a Colombia, mejoras en sus estándares de formación a nivel de pre y posgrado, con un desarrollo disciplinar evidente, junto con importantes mecanismos de aseguramiento de la calidad de la formación.

A continuación se presentan algunos antecedentes que reflejan el desarrollo en ambos países:

a. FORMACIÓN EN ESPAÑA: ⁴

Los últimos años se han caracterizado por una rápida transformación hacia nuevas formas sociales. Los cambios que afectan a las profesiones sanitarias y por tanto a la enfermería, son múltiples. Cambios internos de la profesión, estructurales de los sistemas sanitarios y cambios externos globales de la sociedad que repercuten de forma directa o indirecta.

La profesión enfermera no puede plantearse solamente como adaptarse a ellos, sino que debe entender cuáles son los valores, las necesidades y las expectativas cambiantes de la sociedad y formarse para poder proporcionar unos cuidados expertos y de óptima calidad.

Así mismo, son importantes, el movimiento mundial referente al concepto de “desarrollo sostenible”, la diversidad cultural en la que estamos inmersos, así como el desarrollo de la cultura por la paz.

Es fácil prever que la realidad social de este milenio recién iniciado, será diferente y las formas de actuar, los métodos, los instrumentos y los sistemas de organización del trabajo cambiarán, como están cambiando los paradigmas dominantes del mundo occidental. Este nuevo escenario plantea a las enfermeras no solamente cuestiones prácticas y técnicas sino también cuestiones morales, éticas, es decir son a la vez cuestiones de índole tecnológica y social, la vida, la muerte, las relaciones interpersonales, las relaciones

⁴ Libro Blanco Título Grado de Enfermería 2005 (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y acreditación) en, http://www.aneca.es/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf (05.01.2011)

con el medio ambiente, la búsqueda de la satisfacción.

La convergencia del sistema universitario español en el EEES, antes del 2010, debido a la Declaración de Bolonia firmada en junio de 1999 por los ministros de educación de 21 países europeos y que fue precedida por la firmada en la Sorbona, así como los posteriores comunicados de las reuniones de Salamanca, Praga, Barcelona y Berlín, y tal como prevé el título XII de la Ley Orgánica de Universidades, supone la introducción de una serie de cambios tanto en la estructura como en el funcionamiento de las actuales enseñanzas universitarias.

En España se ha ido adecuando la legislación para la convergencia al EEES, mediante la publicación de reales decretos (RD), que desarrollan los diferentes aspectos de esta necesaria adaptación.

El RD 1044/2003 estableció el procedimiento para la expedición por las universidades del Suplemento Europeo al Título, de carácter transitorio hasta que no se implanten las titulaciones universitarias adecuadas a los criterios europeos.

El RD 1125/2003 estableció el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones de las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. Este RD también define al crédito europeo como “la unidad de medida del haber académico que representa la cantidad de trabajo del estudiante para cumplir los objetivos del programa de estudios y que se obtiene por la superación de cada una de las materias que integran los planes de estudios. En esta unidad de medida se integran las enseñanzas teóricas y prácticas, así como otras actividades académicas dirigidas, con inclusión de las horas para alcanzar los objetivos formativos”.

b. FORMACIÓN EN COLOMBIA:⁵

En 1903 se creó la primera Escuela de Enfermería, adscrita a la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena, siguiendo en 1920 la Universidad Nacional, en 1938 la de la Cruz Roja y en 1941 la Universidad

⁵ Rangel, G. 2006, Las Enfermeras Colombianas, desde el Pregrado hasta la Investigación y Producción Científica (en línea) consultado diciembre 2010, en <http://www.especialidadesenfermeras.com/revista/anteriores/num05/articulos/articulo1.htm>

Javeriana.

La planeación educativa en Colombia se inició en los años cincuenta, cuando la modernización del sector se consolidó en el primer “Plan Quinquenal para la Educación en el País”.

En la década de los 70s, factores relacionados con la organización, y coordinación de las universidades, la docencia y la investigación, y la desarticulación entre la educación superior y la realidad del país, hacen pensar en una reforma educativa. Así, nace la Ley 80 de 1980 como la primera gran Ley que organiza el Sistema de Educación Post-Secundaria ó Superior en Colombia, que vino a reunir la legislación dispersa en ese entonces, sin embargo, la Reforma Constitucional de 1991 propició la expedición de la Ley 30 de 1992 ,con el objeto de contextualizar histórica y conceptualmente la reforma existente.

Entre 1998 y 2003 se generó una nueva reforma al Sistema de Educación Superior mediante un conjunto de leyes, decretos, mecanismos y políticas que, ajustando la Ley 30 de 1992, intentaba resolver los problemas antes descritos y se configuró el actual Sistema Nacional de Educación Superior.

En la Constitución Nacional de 1991 el Estado Colombiano garantiza las libertades de enseñanza, aprendizaje, investigación y cátedra, y la autonomía universitaria.

Posteriormente, con la suscripción de la Ley 30 de 1992, del decreto 2904 de 1994 y el acuerdo 06 de 1995, se sentaron las bases políticas para la creación de un Sistema Nacional de Acreditación para las Instituciones de Educación Superior, cuyo objetivo es garantizar a la sociedad que las instituciones que se acojan a él cumplan con los más altos requisitos de calidad, atendiendo sus propósitos y objetivos. No obstante, acogerse a él es voluntad de cada institución y su carácter es temporal.

De acuerdo con las necesidades de cobertura en salud del país, se crearon Facultades de Enfermería en la mayor parte de los Departamentos, llegando hoy a tener 47 programas universitarios, de donde egresan aproximadamente 1.000 profesionales al año, con un número de 30.660 egresadas, según estimaciones del Ministerio de la Protección Social.

2.1.1.1 CONTEXTO NACIONAL.⁶

A principios del siglo XX se instituye la enseñanza formal de la Enfermería en Chile, impartándose en sus inicios en establecimientos de salud hospitalarios, por considerarse la práctica el centro de fusión de la formación.

En las últimas décadas del siglo XX se evidenció un fortalecimiento de la disciplina, reconocido en varias resoluciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que le otorgaron un carácter estratégico a las acciones de Enfermería entre las profesiones de la salud.

En Chile, estos referentes también fueron numerosos y siempre del más alto nivel. Las primeras enfermeras que llegaron al país a desarrollar las actividades de instrucción, dejaron su impronta al interior de las escuelas, con un enfoque profesional del cuidado. La Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, ostenta el honor de ser la segunda más antigua en Chile, fundada en 1933, en la que inicialmente, la docencia fue impartida por enfermeras procedentes de Inglaterra.

La historia de la formación de la Enfermería en nuestro país ha estado asociada principalmente a tres fenómenos: paradigma biomédico dominante en las políticas sanitarias; el rol de la mujer en la sociedad latinoamericana; y las políticas educacionales. Dos hitos importantes marcaron a nivel nacional su desarrollo en el siglo pasado; el primer hito se refiere a la exigencia de bachillerato desde el año 1937. El segundo hito ocurre a partir de 1938, con la formación de la Asociación de Enfermeras Universitarias de Chile.

Se presentan a continuación en forma cronológica, una serie de sucesos que pretenden ilustrar el contexto en que ha ocurrido la formación de enfermeras en el país a través del tiempo:

- En 1981 primero con el DFL N°1 del Ministerio de Educación del año, y luego la ley N° 18.962 en 1990 (LOCE), dieron término legal a la larga trayectoria universitaria de la Carrera de Enfermería.
- Simultáneamente en 1980, ocurre el cierre de diversas unidades académicas de la Universidad de Chile en algunas regiones del país, provocando entre otros efectos, una disminución de las matrículas de Enfermería y más adelante déficit en la oferta profesional.
- A mediados de la década del 80, se produce una creación explosiva de centros hospitalarios,

⁶ Salgado P., Jacqueline and Sanhueza A., Olivia. Nursing teaching and the relationship between healthcare and teaching activities in the Chilean educational and health frame. *Invest. educ. enferm*, July/Dec. 2010, vol.28, no.2, p.258-266. ISSN 0120-5307.

principalmente privados, desencadenando una alta demanda de profesionales de Enfermería que, con la disminución de matrículas, no podía ser satisfecha. Como respuesta se crean entonces, indiscriminadamente carreras de Enfermería, especialmente en instituciones de educación superior privadas.

- Como consecuencia aparece en la década de los 90, una nueva realidad formativa en el país, con gran incremento de las instituciones de educación superior privadas, pero sin el correspondiente aumento en instalaciones hospitalarias, especialmente públicas, y con una dificultad cada vez mayor de las unidades académicas para la utilización de los campos clínicos, que, desde hace un tiempo deben compartir sus espacios con varias universidades a la vez, tanto públicas como privadas. Esto llevó a que los hospitales públicos hayan debido implementar reglamentos específicos que posibiliten el mejor funcionamiento en esta nueva relación docente-asistencial, incluyendo el ámbito multidisciplinario. Este proceso de transformación del sistema universitario dio la oportunidad a los proveedores privados para crear de manera amplia recursos humanos en salud.
- En el año 2008 la LOCE, buscando una solución a la desregulación y emergencia en la formación de los profesionales sanitarios, crea el Consejo Superior de Educación y una modalidad de acreditación de programas de estudios y centros formadores en general. Dichos programas contemplan también el ámbito de los campos clínicos.
- Entre los años 2000 y 2004, se promulgan en el ámbito sanitario, nuevas leyes sobre Estatuto Médico Funcionario (N° 19664), Autoridad Sanitaria (N° 19937) y Garantías en Salud (GES) (N° 19996), determinando cambios en la relación entre el Ministerio de Salud (MINSAL) y sus servicios, con las carreras de la salud de universidades e institutos de educación superior. Las nuevas disposiciones, tanto legales como administrativas, buscan traer mejoras a la relación docente-asistencial, pero también suscitaban controversias de diversa índole. Una de estas controversias fue el nacimiento de universidades particulares, cada vez en mayor número, que una vez alcanzada su autonomía, pudieron crear cualquier tipo de carrera. Así el número de egresados de la salud creció en gran medida.

La institucionalidad vigente deja al MINSAL fuera de la formación del recurso humano para el sector salud, y descarga la responsabilidad en los centros formadores. El Ministerio de Educación de Chile tiene un rol político y de control que se ejerce principalmente a través del Consejo de Rectores, para las universidades tradicionales, y del Consejo Superior de Educación (CSE) en el caso de las universidades privadas no autónomas.

Otro aspecto a considerar, tiene relación con las dificultades encontradas por enfermería y otras carreras de la salud, al intentar recuperar su condición de carrera de formación exclusivamente universitaria; distinción que fue perdida con la promulgación de la ley N° 18.962 en 1990 (LOCE). Si bien el proyecto de ley orientado a revertir esta situación, existe desde el año 2005, a la fecha organismos involucrados lograron que los legisladores votaran en su mayoría para recuperar su condición de carrera universitaria, no obstante, la condición de exclusividad no fue totalmente aclarado, en la sesión legislativa de septiembre de 2009, debiendo pasar a segundo trámite reglamentario por haberse presentado indicaciones en sala.⁷

El conjunto de universidades ofreció en el año 2007 un total de 189.319 vacantes para el primer año de diversas carreras profesionales y técnicas en enfermería; al año 2009 la oferta de programas de enfermería se elevó a 93, algunas de estas formando parte de facultades de Medicina, otras en desarrollo autónomo.

Si Enfermería es hoy una de las carreras más solicitadas en el ámbito profesional sanitario chileno, se requiere de un mayor control de la enseñanza brindada básicamente, sometida a estrictos parámetros que aseguren una formación idónea, que debe ser imperiosamente canalizada y evaluada por pares disciplinares, por la gran responsabilidad social y ética de velar por su calidad.

La respuesta satisfactoria a todas estas demandas, relacionadas con un mayor respaldo para el ejercicio autónomo de la profesión, desde la institucionalidad, resultan indispensables también en el ámbito de la formación; ya que de lo contrario, los futuros egresados no comprenderán a cabalidad la responsabilidad que la ley le ha otorgado, ni las implicancias que acarrearán el no asumirla.

2.1.2 LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA U. DE VALPARAISO

Para una mejor comprensión del proceso de toma de decisiones, experimentado por los estudiantes de enfermería de la carrera durante su proceso de formación, se presentan algunos antecedentes que describen aspectos relacionados con los inicios de la escuela, transformaciones de su planta física y de los programas de estudio, producto de las demandas del entorno, que fueron considerados relevantes para comprender mejor el fenómeno estudiado.

⁷ Tramitación de proyectos de ley Orgánica Constitucional de Enseñanza N° 18.962, artículo 52. Confiere el carácter de título profesional universitario a las carreras de Kinesiología, Fonoaudiología, Enfermería, Obstetricia y Puericultura, Nutrición y Dietética, Tecnología Médica y Terapia Ocupacional. <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>. (Consultado el 14.01.2011).

a. HITOS RELEVANTES

La carrera de Enfermería de la actual Universidad de Valparaíso, es la segunda más antigua del país, contando con varias generaciones de enfermeras que han transitado por sus aulas, que han realizado diversos aportes a la disciplina, destacándose por su dedicación y dotes humanitarias; siendo éstas, modelos para la formación de los estudiantes.

En **1921**, el Dr. Rudecindo de la Fuente viaja a los Estados Unidos para estudiar la organización hospitalaria en dicho país con el fin de contar con personal de salud eficiente y preparada en Valparaíso. A su regreso incentiva al filántropo don Carlos Van Buren, quien contrata a un grupo de enfermeras inglesas junto con el equipamiento para el trabajo hospitalario de personal chileno para labores auxiliares, inaugurándose el Pensionado Carlos Van Buren, que funcionaba en los recintos del Hospital de Niños de Valparaíso. Don Carlos Van Buren motivado por los excelentes resultados de esta experiencia, dona los fondos para la construcción de una Escuela de Enfermería en los terrenos adyacentes al actual Hospital que lleva su nombre.

En **1933**, se inaugura la Escuela de Enfermería, cuyo edificio actualmente está en uso. El primer director de la Escuela fue el Dr. Rudecindo de la Fuente, quien se encargaba de la administración presupuestaria.

Entre **1933 y 1956**, ejerció el cargo de subdirectora, Miss Margareth Bowie de García enfermera inglesa, diplomada en el Metropolitan Hospital de Londres, a quien además le correspondió cimentar una profesión que era desconocida en la comunidad.

Hasta **1954**, se mantiene entre las estudiantes el régimen de internado para señoritas formadas por un grupo de enfermeras provenientes de Inglaterra, que fueron especializadas en EEUU y recibieron el nombre de instructoras, todas con un nivel de excelencia reconocido por instituciones internacionales, como la OMS y OPS. Las enfermeras asistenciales fueron capacitadas con cursos de pedagogía para realizar el apoyo a la docencia clínica.

En **1941**, el plan de estudios aumenta a 4 años y pone como exigencia la aprobación de una tesis de prueba.

En **1954**, se suprime el régimen de internado, lo que favorece el ingreso de mujeres casadas o viudas y permite el ingreso de estudiantes varones. Sólo será hasta 1964 que se graduarán los primeros cuatro, sentando las bases para el posterior ingreso de varones a esta carrera.

En **1960**, se produce una gran expansión en las matrículas como respuesta a las mayores demandas sociales y se prolonga la duración de los años de estudio de 3 a 4, con el objeto de mejorar cualitativamente al profesional formado.

En **1968**, se incorpora al plan de estudios un Internado Práctico (decreto 7924), que posteriormente se solicita para ser realizado en zonas urbanas y rurales. Este internado reemplazará la tesis de prueba efectuada anteriormente (suprimida en 1977).

En la **Década del 70**, ocurren una serie de hitos entre los que destacan:

- Fortalecimiento de la formación docente tanto en Chile como en el extranjero, producto de lo cual se inicia el estudio de las teorías y modelos que orientan el proceso de enfermería.
- Fortalecimiento de la investigación y las ciencias sociales y la incorporación de una tesis para la obtención del título al currículo.
- Plan de estudios de cinco años.
- Currículo flexible, con sistema de créditos simplificados. Se aprobaba por cursos y no por año académico
- En enero de 1970, La Escuela de Enfermería Carlos Van Buren pasó a integrarse administrativamente a la Universidad de Chile, sede Valparaíso, cobijada en la Facultad de Ciencias de la Salud.⁸

En **1981** también se constituye la actual Universidad de Valparaíso, producto de una reforma al sistema universitario chileno, luego de terminar con la dependencia de la Universidad de Chile. En este mismo año se fusionan las carreras de Enfermería y de Obstetricia y Puericultura; con el acervo de ambas carreras se dio origen a la formación de un nuevo profesional integrado de enfermera- matrona.

1995, todos los alumnos que ingresaron a estudiar Enfermería egresarán como Licenciados en Enfermería.

En **1997**, se da fin a la formación de enfermeras-matronas, justificado en una ruta curricular con sobrecarga horaria, que impedía el desarrollo integral del estudiante; sumado esto a indicadores biodemográficos nacionales y regionales que señalaban una disminución de la tasa global de fecundidad y de natalidad, lo cual impedía cumplir con las experiencias prácticas necesarias para que los estudiantes logaran habilidades en el manejo de las etapas de embarazo y parto.

⁸ Actualmente Facultad de Medicina

En **1997**, se da inicio nuevamente a la formación de enfermeras en 5 años, teniendo la primera promoción de profesionales en el año 2002.

La Carrera de Enfermería forma parte de diversos organismos nacionales e internacionales, es así como pertenece a la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Enfermería (ALADEFE-DUAL); a la Asociación Chilena de Educación en Enfermería (ACHIEEN), quién cautela la calidad en la formación de la enfermera/o.

2005 presenta una serie de hitos importantes:

- Se da inicio a la formación del profesional de Enfermería en el Campus San Felipe, dentro de la Facultad de Medicina allí fundada junto a otras cinco carreras.
- Se imparte la primera versión del Programa de Magíster de Enfermería con dos menciones: Mención Gestión del Cuidado y Mención Gerontogeriatría.
- La Carrera de Enfermería se somete al Proceso de Autoevaluación de la CNAP, logrando ser acreditada por tres años, hasta septiembre de 2009.

Todos estos hitos evidencian en cierto modo la trayectoria y madurez alcanzada por la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad de Valparaíso desde su creación.

b. ANTECEDENTES ACTUALES DE LA ESCUELA

b.1) DESARROLLO DE LA PLANTA FÍSICA

La Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso funciona hasta hoy en el mismo edificio construido en 1933. Respondiendo a los nuevos tiempos, año a año, se han venido realizando modificaciones estructurales que no han impactado la fachada clásica del edificio, pero si su interior y el entorno; estos cambios pretenden el desarrollo de estrategias para la autogestión del aprendizaje, acordes con las transformaciones en el enfoque educativo, desde un modelo clásico, centrado en el profesor (en la enseñanza), hacia un modelo centrado en el estudiante (en el aprendizaje), enfatizando un trabajo más personalizado, que permita la reflexión e instancias de encuentro para debatir y consensuar saberes y experiencias.

A contar del año 2001, se realizan nuevas modificaciones, en respuesta esta vez al incremento de matrículas, como consecuencia de una mayor demanda de profesionales; no obstante, en estos cambios sigue primando la concepción de estrategias que potencien la formación de profesionales críticos, reflexivos y autonomía evidenciada en la capacidad para tomar decisiones adecuadas. De este modo el edificio aumenta el número y capacidad de sus salas, aumentando nuevamente los espacios destinados al trabajo en pequeños grupos.

A contar del año 2006 junto con el creciente uso de tecnologías infocomunicacionales, se realizan mejoras para la habilitación de espacios físicos acordes; con instalación de redes inalámbricas con alcance para estudiantes, académicos y personal en todo el edificio y la implementación de una sala de trabajo con computadores exclusivos para la utilización de software educativo.

Durante los años 2009 y 2010 la unidad, junto con la Escuela de Obstetricia y Puericultura, se adjudicó dos concursos institucionales, enfocados a mejoras de la infraestructura para la docencia; uno relacionado con diseño e implementación de una Unidad de Reanimación y el último en desarrollo que conformará un Box de Atención Primaria.

El programa de enfermería del campus San Felipe, inicialmente desarrolló la docencia en salas pequeñas de un edificio en arriendo, adecuado a las necesidades de matrícula de la época. A contar del año 2007, el campus se trasladó a un edificio nuevo y propio, construido en base a altos estándares, hecho que ha permitido integrar en un mismo recinto, a los estudiantes de todas las carreras de esa Facultad.

b.2) DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA

La Escuela de Enfermería de Valparaíso como fue señalado, cuenta con una larga tradición y reconocimiento en la zona, con dependencia administrativa inicial del Hospital Carlos Van Buren; posteriormente, como consecuencia de modificaciones políticas y orgánicas, pasa a formar parte de la Universidad de Valparaíso, quedando alojada inicialmente en la Facultad de Ciencias y posteriormente en la Facultad de Medicina. Desde el año 2005, la unidad desarrolla un segundo programa de enfermería en la ciudad de San Felipe, dependiente académicamente de esta casa de estudios, pero administrativamente de la Facultad de Medicina del campus San Felipe, siendo impartida junto a otras cinco carreras: Fonoaudiología, Tecnología Médica, Educación Parvularia, Medicina y Obstetricia y Puericultura.

En Valparaíso, la facultad la conforman ocho carreras: Enfermería, Medicina, Psicología, Obstetricia y Puericultura, Fonoaudiología, Tecnología Médica, Kinesiología y Educación Parvularia, todas ellas se encuentran emplazadas en la ciudad, en distintos recintos. En lo que respecta a la Escuela de Enfermería, ésta siempre ha sido impartida en el mismo edificio, antecedente que, de acuerdo a los resultados del último proceso de autoevaluación,⁹ ha generado una identidad propia en estudiantes, académicos y egresados,

⁹ Informe de Autoevaluación de la Carrera de Enfermería, sede casa central Valparaíso. Universidad de Valparaíso. Información cualitativa. Año 2009.

creando una cultura y una forma de relacionarse particular entre quienes conforman esta institución, hecho reconocido también fuera de ella.

No obstante, la dispersión geográfica característica de la ciudad y la inexistencia de un recinto único que aloje a todas las carreras de la facultad, no permite que sus integrantes establezcan vivencias de intercambio en el ámbito de la formación, disociándose de este modo dos elementos que deben ser inseparables; una preparación teórica que incorpore los saberes propios y las habilidades para el trabajo interdisciplinario, con experiencias reales que den cuenta de ello. Las pocas posibilidades de interacción entre estudiantes y académicos de distintas disciplinas, impide el enriquecimiento mutuo, que pueden significar estas diferentes miradas, para la obtención de cuidados de calidad, humanizados y confiables.

b.3) CUERPO ACADÉMICO

El cuerpo académico de la sede Valparaíso, ha estado constituido desde el inicio por docentes de larga trayectoria, muchas de ellas pioneras a nivel nacional, con formación en el extranjero. Las políticas de desvinculación, desplegadas por la educación superior estatal en busca de mejores indicadores, sumado a la apertura indiscriminada de nuevos programas en la región y las mejores expectativas económicas de los profesionales en el área asistencial, significaron una amenaza en la planta de académicos. Esta amenaza fue abordada con mecanismos de fidelización, permitiendo la incorporación y preparación de nuevas docentes a la unidad, con destacado desarrollo disciplinar y profesional.

Dentro de las estrategias desarrolladas por la unidad para revertir los hechos mencionados, se cuenta la incorporación de la unidad a los procesos de autoevaluación, la disminución de la matrícula a contar del año 2009, y la incorporación de sus académicas a la red de trabajo del proyecto de Innovación curricular MECESUP UBB 0607 en el año 2006. Otra de las medidas fue la incorporación de las docentes a actividades gremiales (Colegio de Enfermeras), de desarrollo disciplinar (Sociedades Científicas), de desarrollo curricular (ACHIEEN) y otros organismos internacionales como la Comisión Interamericana para el Control y el Abuso de Drogas (CICAD).

El programa de San Felipe, a contar del año 2009, es impartido en un 100% con académicos pertenecientes a esa unidad. Durante el desarrollo de la primera cohorte (2005-2009), estos fueron acompañados y apoyados por las docentes de más experiencia de la sede casa central, y simultáneamente fueron capacitadas en docencia. De este modo se cauteló una formación similar para ambos campus.

b.4) LOS ESTUDIANTES

La relación establecida por los estudiantes de Enfermería de los dos programas, al parecer ocurre especialmente en un ámbito virtual, cuyo mayor interés tiene relación con lo académico, demostrando especial énfasis en el desarrollo de las asignaturas.

En cuanto a la relación de los estudiantes de Enfermería del programa impartido en Valparaíso, con estudiantes de otras carreras de la Facultad, esta se ve propiciada a través de algunas actividades universitarias como son las Jornadas de Investigación, Jornadas Culturales, la Pastoral Universitaria y otras actividades organizadas por la Federación de Estudiantes. También existen instancias de encuentro en las asignaturas de formación general (AFG) o en actividades recreativas diversas.

Las actividades académicas desarrolladas en los campos clínicos de uso exclusivo para la universidad, sobre la base de convenios establecidos con los Servicios de Salud o las Corporaciones Municipales, son un espacio de encuentro obligado; sin embargo, pareciera que tanto estudiantes como académicos al no convivir cotidianamente durante el proceso de formación en un mismo recinto, mantienen relaciones distantes en estos ámbitos, observándose en algunos casos, relaciones muy similares a las desarrolladas en ambientes en donde no existe el concepto de trabajo interdisciplinario.

2.1.3 EL PROCESO DE ADMISIÓN

A. Procedimiento

Tradicionalmente la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, conforma su matrícula para el por medio de la prueba de selección universitaria (PSU), esto es para Valparaíso, 72 cupos hasta el año 2008 y 50 cupos a partir del año 2009, ofreciendo además cupos para estudiantes con títulos en el extranjero y/o que posean título profesional, deportista destacado, traslado de otras universidades y transferencia de otras carreras de la universidad, con una ocupación del 100% de las vacantes.

Si bien el escenario respecto a la oferta académica en cuanto a programas de Enfermería ofrecidos por otras casas de estudio en la región ha aumentado considerablemente, (al año 2009 se encontraban dictando

Enfermería otras 6 universidades privadas)¹⁰, el número de postulantes por cupo a la carrera, sede casa central, en los últimos 3 años se ha mantenido en un promedio de 12 a 14.

Estos indicadores de resultado tan notables pueden explicarse en parte, por las altas expectativas laborales presentadas en la última década para la profesión, pero principalmente han estado asociadas al prestigio desarrollado por esta casa de estudios a nivel regional y nacional.

B. Perfil del Estudiante

Los estudiantes que ingresan a la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, sede casa central, se caracterizan porque el mayor porcentaje se concentra en el grupo etario de 18 a 21 años (83,3%), proviene principalmente de la quinta región (63,4%) y de colegios particulares subvencionados (63,4%) y municipalizados (22,2%)¹¹. Esta información da cuenta de la condición socioeconómica de los estudiantes, asociado a un alto número de solicitudes de asistencia económica por parte de estos y sus familias.

Los puntajes de ingreso mantienen la tendencia observada en los últimos 7 años¹² (información recabada desde el primer proceso de autoevaluación) con puntajes máximos de corte para ingreso sobre 710 puntos y mínimos sobre 620 puntos. El programa impartido en San Felipe recibe estudiantes con características similares¹³

Respecto al género de los estudiantes matriculados, este mantiene un alto porcentaje de ingresos femeninos, concentrándose en alrededor del 90 % de las matrículas por año.

2.1.4 EL PROCESO FORMATIVO, EL ESTUDIANTE COMO SUJETO DE TRANSFORMACIÓN

Los académicos que participan en la formación de los estudiantes de enfermería, se presentan ante la sociedad como garantes de este proceso, por tanto es necesario entenderlo no solo como el mero acto de entrega de

¹⁰ Catastro realizado a Octubre del año 2009

¹¹ Informe de Autoevaluación de la Carrera de Enfermería, sede casa central Valparaíso. Universidad de Valparaíso. Tablas de datos de parte C. Año 2009.

¹³ Informe de Autoevaluación de la Carrera de Enfermería, sede casa central Valparaíso. Universidad de Valparaíso. Situación puntajes de ingreso. Año 2009. (Campus San Felipe cuenta con detalle en informe propio)

conocimientos y experiencias, sino más bien como un proceso de transformación mutua, pero vivido integralmente por los estudiantes. Para entenderlo resulta fundamental mirarlo desde la vivencia de sus propios actores.

Para acercarnos a la comprensión de este fenómeno resulta adecuada la acepción de Freire al respecto;... *aprender y enseñar forman parte de la existencia humana, histórica y social...*¹⁴ es decir, el proceso formativo debe asumirse como un proceso natural, de interrelación vivido por el estudiante y por el docente.

Pero esta transformación no es casual, y es así como lo plantea Jacob: *... somos seres programados, pero para aprender, insertos necesariamente en un inacabado proceso de formación, de educación que precisamente debido a la invención social del lenguaje va mucho más allá del entrenamiento de habilidades.*¹⁵

En este sentido destacaremos que, si bien somos seres programados para aprender, este aprendizaje no está determinado, más bien resulta de la voluntad y de la condición humana, de la relación intersubjetiva con los otros. No es posible ser humano sin estar involucrado en algún tipo de aprendizaje desde que nacemos hasta el final de la vida, siempre en transformación. En síntesis, el ser humano jamás deja de educarse.

*En este contexto de formación es que las culturas de los educandos y los educadores se encuentran,*¹⁶ ambos en este proceso de interacción se verán transformados. No obstante, el resultado más notable será la construcción de la identidad de los educandos, en una fusión de lo que traen con lo que habrán adquirido

*En el fondo no somos lo que heredamos ni únicamente lo que adquirimos, sino la relación dinámica y procesal de lo que heredamos y lo que adquirimos*¹⁷. Es seguramente este proceso de cambio vivido por el estudiante el que permitirá evidenciar los esfuerzos concertados de los docentes para lograr un profesional no acabado, pero si con competencias de egreso requeridas para un desempeño satisfactorio.

¹⁴ Freire, P. (1996): Política y Educación 5º edición, Siglo XXI editores S.A. de C.V. México. P. 22

¹⁵ *Ibíd*em

¹⁶ Estupiñan. N., Agudelo, N., (2008) Identidad Cultural y Educación en Paulo Freire en <http://www.rhela.rudecolombia.edu.co/index.php/rhela/article/viewFile/73/71> , revisado el 23 de diciembre de 2010.

¹⁷ Freire, P. (1999): Cartas a quien pretende enseñar 5º edición, Siglo XXI editores S.A. de C.V. México. P. 103

2.1.5 PLAN CURRICULAR

A. ESTRUCTURA Y DURACIÓN DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA

El plan de estudios de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, tiene un sistema curricular en jornada diurna semestral, de promoción por asignaturas y cumplimiento de prerrequisitos, con un total de 4.788 horas, 38 asignaturas y dos internados. La duración de la carrera corresponde a 10 semestres.

Las asignaturas que comprende este plan de estudio corresponden a 74% de formación profesional, 10% de Educación General y 16% ciencias básicas y de apoyo

Las metodologías de enseñanza están centradas en el estudiante; se fomenta la autogestión del conocimiento, la búsqueda de información de diversas fuentes válidas, realización de seminarios en todos los niveles, presentaciones a través de dramatizaciones, juego de rol, videos, discusiones en plenarias, presentaciones de casos a través de la metodología de resolución de problemas, uso de portafolio y mapas conceptuales. La inversión realizada en infraestructura está orientada a fortalecer estas metodologías

Las asignaturas profesionales se imparten fundamentalmente en modalidad tutorial; por lo cual se requiere un número importante de docentes que supervisen las prácticas clínicas, sean éstos pertenecientes a la unidad académica o enfermeras asistenciales, quienes apoyan el proceso de aprendizaje de los estudiantes. Cuentan con horas para el desarrollo de habilidades cognitivas, instrumentales y actitudinales que son desarrolladas principalmente en ámbitos de práctica clínica, pero también se ha trabajado progresivamente en mejorar los escenarios de simulación.

La institución imparte en forma regular cursos de pedagogía enfocados a mejorar las competencias de los académicos y de las enfermeras que apoyan la docencia. A su vez las docentes de la escuela desarrollan cursos de capacitación a sus enfermeras guías- asistenciales que reciben estudiantes manteniendo la relación de colaboración docente asistencial.

Sistemáticamente y en consecuencia con el modelo pedagógico centrado en el estudiante, se ha incorporado en algunas cátedras nuevas metodologías de evaluación, que vienen a complementar las existentes previamente (autoevaluación, co evaluación, evaluación formativa), como es el Examen Clínico Objetivado Estructurado (ECO) y la evaluación de portafolio.

B. LAS ASIGNATURAS PROFESIONALES

El marco conceptual explicitado por la Unidad Académica, considera a la Enfermería como una profesión y disciplina científica y humanista, con énfasis en la formación humanista, que brinda atención al ser humano en las distintas etapas del ciclo vital a través de una concepción holística del hombre.

El programa se adscribe a la declaración de principios de la formación de la enfermera para el siglo XXI, considerando que debiera ser una persona con vocación de servicio y características personales que le permitan ayudar a la solución de los problemas que presentan los usuarios del sistema de salud, con sensibilidad social y flexibilidad, que valore la diversidad de costumbres, creencias y valores de la persona, permitiéndole mantener su propia identidad.

Como modelo de atención de enfermería a las personas, familia y comunidad se utiliza el de autocuidado de Dorothea Orem; además, siguiendo una tradición ecologista consecuente con los postulados de Florencia Nightingale, se detectan los problemas relacionados con el medio ambiente y sus efectos en la salud de las personas.

Para la detección de necesidades de las personas se utiliza el modelo de Virginia Henderson y para la interacción con el paciente el de Hildegard Peplau, utilizando el Proceso de Enfermería como método de atención a las personas, familia y comunidad.

La formación impartida busca preparar al egresado para que realice una gestión del cuidado basada en estándares de calidad. Se fomenta el desarrollo de investigaciones en la disciplina de Enfermería para permitir el crecimiento profesional de manera permanente y se le capacita para gestionar el cuidado con la metodología de planificación estratégica, tomando en cuenta la participación social de grupos, considerando los principios de equidad y una visión integradora.

En el año 2003 el plan de estudios de la carrera fue modificado, lo que se tradujo en una mayor flexibilización curricular traducida en la semestralización de cátedras profesionales, reorientación de asignaturas de ciencias básicas, reestructuración de asignaturas de formación general y disminución de la carga académica presencial. Estas innovaciones fueron de carácter académico y no de orientación disciplinar, motivo por el cual no fue consultado el medio profesional, lo cual si se efectuó en el plan de estudios anterior.

El actual programa se desarrolla en base a 4 ejes orientadores que agrupan las competencias troncales en la formación del profesional de enfermería, a saber:

Asistenciales, se logran con las asignaturas profesionales, que constituyen el 74% del plan de estudios, incorporada desde el primer año de la carrera, en un nivel inicial, complejizándose progresivamente hasta finalizar durante el quinto año con los internados profesionales en las áreas del adulto, del niño y de salud comunitaria.

Las experiencias prácticas para lograr estas competencias se desarrollan a través de talleres en salas de demostraciones, análisis de casos y prácticas en los campos clínicos públicos y privados de salud primaria, secundaria y de salud familiar (CESFAM).

El objetivo final esperado para adquirir estas competencias está basado en brindar una atención integral a las familias y a las personas, considerándolas de una manera integral, fomentando en ellos conductas de autocuidado basadas en estilos de vida saludable a través de todo el ciclo vital, en los distintos contextos sociales y niveles de atención dentro de un marco ético valórico de gestión del cuidado.

Como herramienta metodológica y de intervención en pacientes, familia y comunidad es utilizado el Proceso de Enfermería, el cual permite valorar, diagnosticar, planificar, intervenir y evaluar la atención basada en estándares de calidad y en sólidos principios éticos y de respeto por las decisiones de las personas.

Gestión y liderazgo, competencias logradas a través de la participación como líder del equipo de enfermería, fundamentalmente en los internados del quinto nivel, integradores del rol autónomo. Así como también, colabora, en un nivel inicial, con equipos de salud inter y transdisciplinarios.

En el desarrollo del plan de estudios se le entregan herramientas tanto teóricas, como de aplicación para la ejercitación de la planificación, organización, dirección, coordinación y control de los recursos humanos y materiales para brindar una atención de calidad.

La autonomía es fomentada transversalmente en el desarrollo de las asignaturas, a través de la autogestión del conocimiento, la búsqueda de información de diversas fuentes válidas y el desarrollo del pensamiento crítico con las presentaciones y análisis de casos y a través del proceso de toma de decisiones vivenciado durante sus experiencias de práctica clínica durante todo el trayecto formativo.

Educación, competencia adquirida de manera transversal en todas las asignaturas profesionales, a través de la aplicación del proceso educativo a pacientes, familia y comunidad. Así como también participa en las capacitaciones del personal de salud.

Investigación, competencia adquirida fundamentalmente a través de una investigación cuantitativa para obtener el grado profesional (Seminario de Tesis). Además se incorpora en el noveno semestre la cátedra de seminarios profesionales, que permite al estudiante realizar una reflexión de la disciplina de enfermería desde una perspectiva cualitativa. La investigación se desarrolla de manera transversal, en asignaturas de ciencias básicas y profesionales, identificando fuentes de información válidas, y aplicación de conocimientos generados por la disciplina. Se apoya al desarrollo de esta competencia a través del fomento de presentaciones en eventos científicos de los estudiantes.

En el marco de un desarrollo curricular alineado con el modelo pedagógico de la universidad de Valparaíso, se instalaron de manera transversal en el plan de estudios desde el inicio hasta la finalización de este, una serie de Competencias generales que persiguen la adquisición de destrezas, habilidades y actitudes que le permitirían al estudiante la articulación con competencias de mayor complejidad y/o profesionalizantes.¹⁸

Estas competencias son fomentadas, además en las asignaturas complementarias de orden general cuyo objetivo es la formación integral del estudiante. Así como también se apoya al centro de alumnos para la adquisición de competencias de liderazgo, comunicación, interacción social y de compromiso con la asociación gremial de enfermeras de la región.

La carrera de Enfermería desarrolla desde el año 2007, junto con las Escuelas de Enfermería de Universidad del Bio Bio, Universidad Austral y Universidad Católica del Maule en marco del Proyecto MECESUP denominado “Innovación Académica en Escuelas de Enfermería en red para enfrentar los desafíos de la Educación Terciaria”. El proyecto tiene una duración de tres años y surge producto de los análisis realizados por la UNESCO (Paris, 1998), inicialmente en el tratado de Bolonia que da inicio al Proyecto Tuning Europa y América Latina entre otros. El objetivo final es mejorar el proceso de aprendizaje en los estudiantes de las Escuelas de Enfermería en red, manteniendo su sello particular, a través de un currículo flexible, basado en competencias, que permitan la movilidad estudiantil, articulación entre el pre y postgrado y competitividad en el mercado laboral nacional e internacional mediante una docencia acorde al nuevo paradigma educacional.

Las competencias específicas abordadas en este proyecto son las definidas para Enfermería por la Comisión Nacional de Acreditación de Pregrado (CNAP), y las genéricas corresponde a las en la primera etapa, (Asistencia Técnica N°1), para el levantamiento del perfil de egreso¹⁹, las que fueron identificadas luego de

¹⁸ Modelo Educativo Universidad de Valparaíso. 2008

¹⁹ Proyecto MECESUP UBB 0607 (2007) Innovación Académica en Escuelas de Enfermería en Red para

consultar a expertos del medio laboral, empleadores, egresados de la carrera, académicos y estudiantes en formación.

El conjunto de tareas realizadas a la fecha da cuenta del trabajo efectuado por la unidad, que busca potenciar y evidenciar en sus egresados, además de los saberes de la profesión y la disciplina, habilidades relacionadas con una formación integral, que le permitan desempeñarse en contextos variados, con capacidad de establecer relaciones armónicas al interior de los equipos, ejercer liderazgos que demuestren una sólida formación ética valórica, representada en un ejercicio autónomo.

2.1.6 EL PROCESO DE EGRESO

Al final de la carrera, los internos de enfermería deben demostrar que han adquirido las competencias necesarias, a nivel de egresado generalista, para actuar en situaciones inciertas, utilizando criterios técnicos, científicos y valóricos, que les permita tomar decisiones adecuadas al contexto.

Las evidencias del logro de todas estas competencias se encuentran instaladas como requisito en el reglamento de la carrera y operacionalizadas en la malla como la asignatura de internado profesional y el examen de título. A continuación se describen las características de cada uno de ellos

A. EL INTERNADO PROFESIONAL

Corresponde a la experiencia integradora de todos los conocimientos, habilidades y actitudes logradas en el desarrollo del plan curricular, aplicándolas en su quehacer diario.

En esta práctica la/el interna/o se ubica en diferentes contextos tanto del nivel primario como del área intrahospitalaria, donde asume progresivamente el rol profesional gestionando cuidados de Enfermería de calidad, considerando todas las etapas del proceso administrativo, con énfasis en los aspectos éticos y legales propios del ejercicio profesional de la enfermera/o.

La/el interna/o realiza su experiencia teniendo como referentes teóricos las Políticas de Salud, el Modelo de Salud vigente, las Teorías y Modelos de Enfermería, aplicando como herramienta fundamental el Proceso de

Enfermería a la persona y familia, en diferentes etapas de su ciclo vital, así como la metodología de Evaluación y Mejoramiento Continuo de la Calidad.

Se espera que durante esta experiencia la/el interna/o continúe el desarrollo de su autonomía demostrando iniciativa, competencias de liderazgo, desarrollo del pensamiento reflexivo y crítico, así como también su integración al trabajo interdisciplinario.²⁰

B. EL EXAMEN DE TÍTULO²¹

El examen de título corresponde a un requisito de titulación del egresado de Enfermería de esta escuela, en que deberá dar responder ante una comisión que evaluará su capacidad para resolver teóricamente una situación simulada sobre algún problema relacionado con la Gestión del Cuidado en el área que realizó su internado.

El egresado debe sortear una cédula ante un profesor integrante de la comisión de examen. La cédula contiene un problema a resolver a través de la aplicación del proceso de enfermería, demostrando conocimientos y criterio en el desarrollo de la cédula, acercándose al juicio enfermero.

Dispone de una hora (60 minutos) para preparar su examen. Luego debe exponer en un máximo de tiempo de una hora (60 minutos). La nota final se expresará en escala de 1 a 7. Una vez finalizada la exposición y las preguntas, la comisión le pedirá al examinando que se retire para proceder a deliberar en base a criterios establecidos, que cada uno de los integrantes de la Comisión considerará al final para fundamentar.

Para la aprobación del Examen de Título, el estudiante deberá obtener una nota mínima final de 4.0 (cuatro) según el Art. N° 64 del Reglamento de estudios de la Escuela de Enfermería).

Ambas instancias, el Internado y el Examen de Título, son vivencias en las que el futuro egresado demuestra “competencias” en el proceso de toma de decisiones.

²⁰ Programa de asignatura Internado, 2010. Escuela de Enfermería Universidad de Valparaíso

²¹ Normas De Gestión, 2010. Escuela de Enfermería Universidad de Valparaíso.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

La educación compromete la formación de personas para convivir en una sociedad moderna, en una cultura de derechos y obligaciones, que descansa en el principio de libertad y autonomía de la conciencia personal. Cuando hablamos de formación atribuimos múltiples significados; formar para la responsabilidad individual, para la gestión de sí mismo en entornos inciertos e inestables, en los valores del autocontrol y la autodisciplina, educar para un mundo democrático, de ciudadanía, activa, reflexiva y crítica. Formar para un mundo globalizado que nos obligue a reconocer y respetar las demás culturas, tradiciones y costumbres, sin olvidar la propia identidad. Formar para un mundo que depende crecientemente de la información y el conocimiento²².

Esta educación requiere de habilidades y destrezas que permita a los estudiantes desenvolverse en escenarios diversos y cambiantes, por lo que tampoco podemos olvidar la educación de las emociones.

A continuación se presentan los conceptos que subyacen al proceso de formación para la toma de decisiones en estudiantes de enfermería.

2.2.1 LA RELACIÓN PEDAGÓGICA Y EL PROCESO FORMATIVO DEL ESTUDIANTE

El estudiante de Enfermería que llega a las aulas en un primer año, no será el mismo al llegar a la condición de egresado novato, que la sociedad recibe en última instancia. Este sujeto enfrentado a múltiples experiencias de aprendizaje, las vivirá plenamente si se encuentra motivado, enfrentándolas en forma individual, a lo largo de todo su proceso formativo.

La “transformación” ocurrida en el intertanto, tiene que ver con la calidad de la relación pedagógica, sin embargo, muchos de los significados que el estudiante otorgue a estas experiencias y aprendizajes tendrán que ver con sí mismo y su propia representación del mundo.

Resulta imposible pensar que, durante la formación habremos realizado un modelamiento total del sujeto persona, y que por resultado, más allá de que la interacción ocurra con los mismos docentes y los mismos contextos, las respuestas y la forma en que los sujetos aprenden sea siempre la misma. Esta situación debe ser valorada por los académicos, con el fin de incorporar estrategias que permitan obtener los mejores resultados en estudiantes distintos, provenientes de realidades y contextos diversos, pero con motivaciones similares.

²² Bitar, Sergio, Educación Nuestra Riqueza. Chile educa para el siglo XXI. Aguilar ediciones 2005

El proceso formativo relativo a la práctica del cuidar tiene como objetivo ayudar, *respetando las trayectorias personales, a los profesionales de hoy y de mañana a ser cada vez más capaces de pensar la acción desde una perspectiva del cuidar.*²³ Esta situación requiere de una reflexión constante por parte de los educadores toda vez que serán quienes acompañen en este proceso a los educandos.

La formación del estudiante es un recorrido gradual, no exento de desafíos, a los que las docentes deben enfrentarse con la misma disciplina demostrada para enseñar el conjunto de saberes propios y la experiencia acumulada; pero a la vez, esta es una tarea que requiere de humildad, para aceptar que el conocimiento es inacabado, por tanto no siempre se cuenta con las respuestas. Esto significa que debemos estar siempre dispuestos para aprender.

Paulo Freire lo plantea del siguiente modo: *Enseñar no existe sin aprender y viceversa, quien enseña aprende al enseñar y quien aprende enseña al aprender, aprender precedió a enseñar*²⁴

No necesariamente todo lo que aprende el estudiante se da en forma inmediata; pero se espera que dentro del rol docente, éste le entregue herramientas para el propio aprendizaje, aunque no en soledad, más bien en un acompañamiento que le permita crecer en autonomía.

De este modo Fierros cuando cita a Brockett,²⁵ afirma que *la autodirección en el aprendizaje no significa necesariamente aprender en aislamiento. Lo que significa es que el aprendiz asume la responsabilidad primordial y el control acerca de las decisiones sobre la planificación y la evaluación de la experiencia.* El estudiante debe asumir su proceso de aprendizaje para que este ocurra realmente, pero en este recorrido debe encontrar apoyo en el docente siempre.

Los procesos de enseñanza y aprendizaje, asociados al desarrollo de interacciones entre docente y estudiante en el contexto de aula, son relevantes para comprender los resultados en el aprendizaje logrados. Los

²³Sanjuan, A. y Riera Martínez, J..Nuevo enfoque en el proceso de aprendizaje, la formación de interrelacionar el conocimiento y la formación clínica y de la comunidad. *Invest. educ. enferm.* [en línea]. septiembre 2008, vol.26, no.2, suppl.1 [citado el 04 de noviembre 2010], p.150-159.

²⁴ Freire, Paulo Pedagogía de la Autonomía. Saberes necesarios para la práctica educativa. Siglo veintiuno editores 2º ed. reimpresión 2009

²⁵ Amador F., et al. El papel de los tutores en la auto-dirección del aprendizaje de los estudiantes de Enfermería. *Invest. educ. enferm*, July/Dec. 2007, vol.25, no.2, p.52-59. ISSN 0120-5307. Consultado el 23 de diciembre de 2010.

resultados que se obtienen como producto de este proceso tienen importancia social, no sólo para el individuo y su proyección de vida, sino para toda una sociedad.

Cuando hablamos de aprendizaje, algunas teorías se refieren a ella como un *cambio perdurable de la conducta de un individuo o en la capacidad de conducirse de manera dada como resultado de la práctica o de otras formas de experiencia*²⁶.

Aprender involucra incorporar nueva información y ampliar conocimientos. En este proceso la actitud y comportamiento del estudiante resultan relevantes; si su perspectiva para estudiar es reflexiva y consiente, es probable que sea capaz de potenciar sus estrategias de aprendizaje, entendiéndose como tal *el conjunto de procedimientos y recursos cognitivos, afectivos y psicomotores que el sujeto pone en juego al enfrentarse a una tarea o situación concreta de aprendizaje, para resolverla adecuadamente*.²⁷

El aprendizaje no se da en forma parcial, el que aprende lo hace de manera total; en el acto de aprender compromete sus reflejos, emociones, sistema experiencial y vivencias. Desde esta perspectiva, solo el estudiante es capaz de generar sus propios cambios, aunque el docente debe proveer el contexto donde este sea posible de ser generado, puesto que él y los pares juegan un rol preponderante al determinar la calidad del clima en el que se desarrollen los aprendizajes.

Un *aprendizaje significativo*²⁸ debe tener ciertas características, como *ser generado en un contexto de significados personales, vivenciado como una expansión de la experiencia, experimentado como una ganancia de autonomía y mejora de la autoestima*. Este enfoque propone un aprendizaje expresado en desempeños y logros alcanzados por el que aprende, y no por las exigencias que realiza el que enseña.

*Es más significativo cuando el estudiante explora su ambiente educativo antes que cuando escucha pasivamente al maestro*²⁹.

En este nuevo paradigma del aprender a aprender, las metodologías necesariamente han cambiado; sin embargo, la forma de evaluar estos aprendizajes, al parecer no han tenido el mismo desarrollo.

²⁶ Shuell, (1986), en Teorías del Aprendizaje, 2º Edición (1997), Schunk, D., Pearson Educación.

²⁷ *Ibíd.*

²⁸ *Ibíd.* Capítulo 6, P. 195

²⁹ *Ibíd.* Capítulo 6, P. 196

En el caso del estudiante de enfermería, la mayor parte del trayecto de formación ocurre en escenarios en los que debe “actuar frente a situaciones de incertidumbre”, teniendo que responder adecuadamente en forma inmediata. Este hecho genera muchas veces tensión, por tener que “aprender” en contextos reales que no le permiten errores, de los que también puede aprender. Esta situación no es ajena a los docentes, pero la instalación de escenarios de simulación, si bien disminuye un porcentaje de estrés en los estudiantes por tener la posibilidad de aprender del error, todavía resulta insuficiente para evidenciar el logro de habilidades en la esfera actitudinal.

En este sentido resulta interesante conocer la percepción que tienen los sujetos que viven estas experiencias de aprendizaje, cuales son las estrategias que más las favorecieron durante el trayecto de formación. Este hecho se hace relevante al considerar que el modelo educativo imperante habla de resultados de aprendizaje y no de objetivos de enseñanza.

La calidad del egresado no depende exclusivamente de los conocimientos, habilidades intelectuales y hábitos profesionales contemplados en el currículo universitario; también tiene que ver con sus motivaciones, con los intereses personales y colectivos, así como con los valores que regulan su actuación profesional. No todo lo importante en educación se produce estrictamente dentro del aula.

La formación del estudiante de Enfermería requiere de la complementación entre docentes y enfermeras asistenciales; hasta ahora ambos grupos se ven en general sin mayor relación. Pero los desafíos originados por las demandas derivadas de las reformas en salud y en educación en estos últimos 10 años, requieren de una verdadera alianza por parte de ambos grupos, que permita enfrentarlas concertadamente. No hay teoría sin práctica, ni práctica sin teoría. Es este el verdadero sustento para el desarrollo de la profesión

Pensar la formación y la relación pedagógica en estos términos, nos invita a comprender el aprendizaje como un proceso recursivo, en que el estudiante se apropiará gradualmente del ser Enfermera/o con todo su ser.

2.2.2 PROCESO DE TOMA DE DECISIONES

Desde el ámbito de la gestión, la toma de decisiones se refiere al “proceso de seleccionar una vía de actuación entre otras alternativas”.³⁰ Este proceso constituye una responsabilidad para ejercer en forma legítima y tal como demanda la ley, al profesional en el país, toda vez que se enfrenta a una gran diversidad de situaciones.

³⁰ Marriner, Ann. Administración y liderazgo en Enfermería. Editorial Harcourt Brace. Reimpreso 1998. P. 14-27.

La toma de decisiones adecuada puede ser favorecida entre los egresados novatos, mediante el ejercicio demostrado por profesionales de mayor trayectoria o que se encuentren desempeñando cargos de autoridad.

La toma de decisiones se basa en el proceso científico de solución de problemas: identificar el problema, analizar la situación, examinar las alternativas y considerar sus consecuencias, elegir la alternativa más conveniente, ejecutar la decisión y evaluar los resultados.

El primer paso en el proceso de toma de decisiones es definir el problema. ¿Qué es lo que está mal?, ¿Cuál es la mejora requerida? En algunas ocasiones el problema parece obvio y puede enfrentarse de manera rutinaria.

Por lo general existen diferentes vías para solucionar un problema; si no se examinan distintas posibilidades, el campo de acción puede ser limitado. El número y la calidad de las alternativas de solución dependen en gran medida de la creatividad y productividad de quienes deben tomar la decisión. Sin embargo, no siempre existe una alternativa claramente superior a las otras y las alternativas de solución deben equilibrarse, sin olvidar que el último paso del proceso es la evaluación de los resultados de la alternativa elegida

a. **Elementos de Pensamiento y Razonamiento Básico**³¹

Los elementos de razonamiento constituyen las dimensiones esenciales que proporcionan a la razón una lógica general. Entre estos se encuentra el propósito o meta, el problema central, el punto de vista o marco de referencia, la dimensión empírica, la dimensión conceptual, las premisas, implicaciones y consecuencias, y deducción y conclusión.

Todo razonamiento es un intento de resolver un problema, averiguar o responder a una pregunta, que debe ser comprendida, es decir, su planteamiento debe ser claro, poseer un significado, pertinente y que se pueda responder

Todo razonamiento debe hacerse desde uno o varios puntos de vista, estos deben ser articulados con claridad, exponerse en forma lógica y aplicarse de manera coherente y serena.

Un razonamiento sólido es aquel que se basa en evidencia clara, relevante, adecuada, bien recogida y aplicada correctamente. Sus conceptos deben ser claros, profundos, neutrales y oportunos. Se espera que estén basados en premisas claras, adecuadas y justificables

Todo razonamiento se acompaña de implicaciones y consecuencias, que deben ser comprendidos y considerados al momento de razonar a través de una decisión. A su vez todo razonamiento lleva a deducciones y conclusiones que permiten encontrar significado a los datos encontrados. Las deducciones

³¹ *Ibíd*em

deben ser tan claras y justificables como el razonamiento que las produjo³²



Cuadro 3: Representación esquematizada de los elementos de razonamiento involucrados en el proceso de toma de decisiones expuestos por Marriner, Ann en Administración y liderazgo en Enfermería, 1998.

Marriner propone que el desarrollo de actitudes de pensamiento creativo, permite mejorar la capacidad para tomar decisiones, situación que puede lograrse a través de variadas técnicas que estimulan la capacidad de crear, generando múltiples ideas. No obstante, el pensamiento analítico secuencial, resulta ser un requisito necesario, para hacer un análisis y evaluación de la pertinencia y consecuencias de estas innovadoras ideas.

Los estudiantes deben ser formados en ambientes que les permitan desarrollar de manera simultánea ambas capacidades; la capacidad de crear propuestas de solución innovadoras y la capacidad de analizar críticamente, los alcances y limitaciones que puedan tener estas alternativas.

b. **Aspectos Éticos de la Toma de Decisiones**³³

³² Marriner, Ann. Administración y liderazgo en Enfermería. Editorial Harcourt Brace. Reimpreso 1998. P. 14-27.

La ética tiene que ver con el conflicto, a elección y la conciencia. Cuando existe un conflicto, se produce una elección entre las alternativas que genera ese conflicto. La elección se ve influida por los valores de cada uno, los cuales se adquieren, primero a través de adultos relevantes, y son modificados luego a través de la asociación con personas que sostengan valores diferentes. Las modificaciones de estos valores y su reforzamiento constituyen un proceso que se prolonga a lo largo de toda la vida. Un valor es apreciado y alimentado de manera consciente, elegido libremente entre varias alternativas y aplicado de modos diversos. Las elecciones éticas también deben considerar los deseos, las necesidades y los derechos; las personas pueden desear lo que no necesitan.

Existen varias posturas éticas que no resuelven dilemas, pero que aportan vías para estructurarlos y clarificarlos, de estos adquiere un sentido especial la ética de justicia, postura adoptada por la bioética, que considera la distribución de los beneficios y las responsabilidades desde el punto de vista de los menos favorecidos, siendo esta la norma que rige para la toma de decisiones³⁴.

Sobre la base de estos preceptos, se instala la mayoría de las acciones relacionadas con el cuidado de enfermería, resultando entonces evidente la necesidad de formar a los estudiantes dentro de los marcos éticos y morales que regulan la profesión.

2.2.3 AUTONOMÍA Y EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES PARA LA GESTIÓN DE LOS CUIDADOS

Cualquier estudiante o profesional debe tomar decisiones. En el caso de los egresados de enfermería, la sociedad espera que estos sean capaces de tomar decisiones adecuadas en contexto más complejos y relevantes, siendo conscientes y coherentes con el alcance y las consecuencias de la decisión.

La competencia de toma de decisiones en el ámbito de la enfermera, consiste básicamente, en ser capaz de elegir la mejor alternativa para actuar. El desarrollo de la competencia conduce a adoptar decisiones de calidad, de un modo sistemático, sacando el mayor provecho a las posibilidades que nos ofrece la tecnología, el conocimiento, la experiencia y el criterio comprometiéndose con la decisión tomada y siendo coherente con la misma.

³³ Marriner, Ann. Administración y liderazgo en Enfermería. Editorial Harcourt Brace. Reimpreso 1998. P. 14-27.

³⁴ *Ibíd.*

Insertos en el concepto de enfermería profesional, esta es entendida hoy como “el ejercicio autónomo de la profesión”, requisito indispensable para comprender en toda su dimensión el ACTO DE CUIDAR, razón de ser de la profesión y del quehacer propio, llevado a una dimensión operativa.

Es innegable que durante muchos años, la enfermera de igual modo, ha ejercido su tarea del cuidar con autonomía en muchos aspectos, pero siempre a la sombra de otros. El conflicto se genera cuando este cuidado requiere ser comprendido como una ciencia, ya que en esta instancia, el cuidado adquiere la dimensión de disciplina y se le asigna un valor propio; transformándose en la CIENCIA DEL CUIDAR. Este concepto evidencia la necesidad de continuar con el desarrollo autónomo de la profesión, dado que si bien el rol que desarrolla le es propio, no podrá hacerlo si se encuentra subsumida a otra.

La oportunidad que se le presenta a Enfermería, a través de la Ley N° 19.536, que introduce el nuevo inciso cuarto, al artículo 113 del Código Sanitario, resulta evidente: *“Los servicios profesionales de la enfermera/o comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente”*. Este hito define el rol social de la enfermera, asignándole el legislador tres grandes funciones: la gestión del cuidado; el ejecutar acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico; y el deber de velar por la mejor administración de recursos de asistencia para el paciente.

De estas funciones y para los efectos del presente análisis, adquiere especial interés aquella que se refiere a la “gestión del cuidado”. Esta función fue definida por la Comisión de Legislación en Enfermería (Ministerio de Salud 1995-1997) como *“la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución”*. Es en este contexto en el que se inserta la “gestión del cuidado” en la estructura de los Servicios de Salud dependientes del Estado. Su inclusión, de manera expresa, se hace a través del artículo 1° N° 22 de la ley de Autoridad Sanitaria y Gestión, incorporándose algunos artículos y normas que establecen, entre otros, estructuras específicas para la “gestión del cuidado”, como un requisito mínimo a cumplir por los establecimientos de salud de mayor y menor complejidad.

Por su parte, el Decreto N° 140, de 2004, del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, en su artículo 51, dispone que la “gestión de cuidados” comprende las acciones destinadas a la promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones y la ejecución de actividades derivadas del diagnóstico y tratamiento médico. Cabe hacer notar la similitud del

mencionado artículo 51 con los términos utilizados por el legislador al definir, en el artículo 113 del Código Sanitario, la gestión del cuidado en cuanto función de la enfermera que expresa:.. En el año 2007, con la Norma General Administrativa N° 19, del Ministerio de Salud, se pretende la implementación de las Unidades de Gestión del Cuidado en los establecimientos de salud que brinden atención cerrada. En síntesis, lo que la Norma N° 19 viene a hacer es explicitar la forma de estructurar la “gestión del cuidado” en los establecimientos públicos de salud, con el objeto de favorecer el cambio organizacional, mejorar la gestión hospitalaria y optimizar el uso de los recursos asignados.³⁵

De este modo y frente al análisis de las exigencias y desafíos que enfrentan los egresados de enfermería de cara al nuevo siglo, la autonomía aparece como un requisito indispensable expresado durante la formación, en el desarrollo de la capacidad para tomar decisiones que lo valide ante sus pares y equipo de salud.

Por tanto la incorporación de este principio debe ser consecuente y gradual, es decir, no debe generar conflictos entre lo que saben, lo que creen y lo que hacen, para que pueda asumir de acuerdo al mandato legal y profesional, con legitimidad el rol que le corresponde como Gestor del Cuidado.

Es fundamental entonces, que la/el enfermera/o cuente con el mayor número de competencias que le permitan el ejercicio autónomo, de modo que esté preparada/o para enfrentar los desafíos del actual modelo de salud, refrendado en el Modelo de Gestión del Cuidado; aspecto que las escuelas formadoras tampoco pueden olvidar.

Meleis y May, citado por Zarate, argumentan que...*la ciencia de la enfermería genera teorías para capacitar a las enfermeras profesionales en el control de la práctica...*,³⁶. Estas propuestas respaldan que la observación de los propios cuidados hecha en forma sistemática, rigurosa y sobre la base de sólidos principios científicos, le otorgará a enfermería el carácter de disciplina y ciencia, siendo los cuidados la razón de ser de la profesión y el motor del quehacer enfermero.

³⁵ Milos et al. La "gestión del cuidado" en la legislación chilena: interpretación y alcance. *Cienc. enferm.* [online]. 2010, vol.16, n.1 [citado 2011-01-14], pp. 17-29. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100003&lng=es&nrm=iso>.

³⁶ Meleis (citado por Zarate Gnajales Rosa A.) (1) en *Gestión del Cuidado esencia de Ser Enfermera*. Salvatierra, V., Rivera, C. (1988) en <http://www.cnemex.org/noticias/07.htm>, (cons. Diciembre de 2010).

Para el desarrollo de la autonomía es indispensable que el estudiante se vincule con entornos de aprendizaje cercanos a los contextos en los que se desenvolverá luego dentro de su rol profesional, por esta razón las escuelas deben liderar proyectos de práctica académica que permitan una experiencia coherente y vinculante con la realidad del sector salud.

Es necesario también que el estudiante posea no solo conocimientos teóricos y destrezas instrumentales, sino fundamentalmente la capacidad para aprender, reaprender y desaprender permanentemente para adaptarse al futuro, tomando decisiones respaldadas en sólidos conocimientos científicos, éticos y valóricos.

*Cambiar el modo de actuación de enfermería de automático a deliberado, responsable y profesional, que sea capaz de interpretar las necesidades inmediatas del paciente y prestarle ayuda calificada, además de mejorar la calidad de la atención de manera personalizada, es en esencia, el objetivo del Proceso de Enfermería.*³⁷

La toma de decisiones independientes y la acción son elementos comunes de la mayoría de estas definiciones. El interés en los conceptos de autonomía, apoya el desarrollo de medidas para comparar las evaluaciones de la autonomía a través del tiempo o de diferentes áreas de práctica.

En los complejos ambientes en que se desarrolla el sistema de cuidado de salud actual, los enfermeros tienen el reto de practicar la autonomía como miembros de un grupo o equipo, y cada vez son más confusas las distinciones acerca de los roles. Cuando hablamos del principio de autonomía, también hablamos de la necesidad de legitimar el proceso de toma de decisiones, pues es fundamental para convertir un concepto abstracto en un hecho concreto.

*La autonomía es un proceso, alcanzable en la medida que el individuo transite por los caminos que lo conduzcan a ella. A su vez, este tránsito podrá ser más o menos dificultoso en base a las experiencias que lo acompañen para llegar a ella. Para cada individuo estas experiencias pueden desarrollar la autonomía como actitud para su formación y ejercicio profesional, consolidada por múltiples eventos, no solo de aula, por supuesto, pero su acomodación consecuente le permite instalarse como acción para la vida.*³⁸

³⁷ Valdés, F., Influencia del pensamiento humanista y filosófico en el modo de actuación profesional de enfermería. Rev. Cubana Enfermería 2007; 23 Centro Nacional de Perfeccionamiento Técnico y Profesional de la Salud. en [Alain Agramonte del Sol y Joel Leiva Rodríguez](#). Consultado el 23 de diciembre 2010

³⁸ Tapp, D., Stansfield k., (2005), La autonomía en la práctica de enfermería. Revista Aquichan – ISSN 1657 - 5997

La autonomía ha sido vista como un indicador de la profesionalización de la disciplina. La autonomía de enfermería ha sido identificada como una variable importante que afecta la percepción de la enfermera en relación con su satisfacción en el trabajo, los ambientes positivos de su práctica profesional y la calidad del cuidado de enfermería. La suposición que un aspecto clave de la autonomía de Enfermería es actuar con un juicio y práctica independiente.

2.2.4 DIALOGO ENTRE LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA

*Se podría afirmar que la práctica es un espacio de servicio para la construcción de competencias; un espacio para la reflexión y para la acción; un espacio para el acompañamiento y para la ayuda; un espacio para la creatividad. Es por ello que son muchas las cuestiones que surgen en relación con la formación de grado y postgrado y la relación teoría/práctica para la construcción de las materias y la evaluación de la competencia profesional*³⁹ Es cada vez más aceptado el hecho que los aprendizajes logrados a través de experiencias prácticas se fijan en forma permanente, pero aun no es tan recurrente considerar la posibilidad de generar los espacios para la reflexión posterior a la acción.

El estudio de Sanjuan y Riera acerca del proceso formativo, apreció que los estudiantes consideraban la práctica como un espacio de privilegio para el “aprendizaje experiencial”, (aprendizaje que se produce por la integración de la experiencia tras un periodo de reflexión, una vez que esta experiencia se ha acomodado a las experiencias existentes, las complementa, e incluso las modifica).⁴⁰ El enfoque Ausubeliano de estos autores propone, que los nuevos aprendizajes se enlazan sobre otros previamente instalados, que vienen a acomodarse.

Históricamente se ha planteado una dicotomía entre teoría y práctica que, si bien no es exclusiva de Enfermería y se da en distintos ámbitos profesionales/académicos, para nosotros, por nuestro elevado nivel práctico curricular, es el momento de construcción de saberes nuevos una vez contextualizados y conectados luego a las teorías y a los saberes profesionales acumulados. Aunque los resultados encontrados pertenecen a estudiantes de un contexto distinto del nuestro, es posible ver que la formación presenta tópicos similares,

³⁹ SANJUAN, Á. y RIERA M., José. Nuevo enfoque en el proceso de aprendizaje, la formación de interrelacionar el conocimiento y la formación clínica y de la comunidad. *Invest. educ. enferm.* [en línea]. septiembre 2008, vol.26, n° 2, suppl.1, P. 150-159 (citado el 04 de noviembre 2010).

⁴⁰ *Ibídem.*

más allá de la diversidad cultural o social. La brecha entre teoría y práctica está presente y debe ser resuelta para superar los conflictos cognitivos que provoca en el estudiante⁴¹.

*Las experiencias clínicas son en cierto modo, el espacio de desarrollo en que el estudiante pone en acción todo el concierto de conocimientos y habilidades entregados en instancias parceladas de aprendizaje. La práctica forma estudiantes capaces de aprender y de cambiar por sí mismos, solos o en el seno de un grupo, en una dinámica de equipo o del propio centro.*⁴²

Es importante que el estudiante armonice sus conocimientos con las habilidades y actitudes para llegar a ser habilitado y reconocido como un buen profesional. Algunos autores refieren que quienes hayan adquirido las competencias clínicas apropiadas junto a los conocimientos precisos, podrán ser considerados profesionales capacitados para ejercer su profesión.

En los campos clínicos el alumno aprende a hacer, a convivir y a ser. Es importante que en este ambiente además desarrolle la capacidad de aprender a pensar con innovación. A través de estos pilares el alumno desarrollaría un perfil profesional integral.

El aprendizaje basado en experiencias es una fortaleza; el aprendizaje en la clínica difícilmente puede ser reemplazado por otras estrategias, dado que no se aprende por memorización y lectura aquellas actividades relacionadas con las personas, siendo por tanto un proceso relacional con otro que interactúa con el futuro profesional.

2.3 VARIABLES DEL ESTUDIO

Para el presente estudio se definieron cuatro variables definidas a continuación:

2.3.1 DEFINICIÓN DE VARIABLES

A. Perfil Biodemográfico y Académico

⁴¹ SANJUAN, Á. y RIERA M., José. Nuevo enfoque en el proceso de aprendizaje, la formación de interrelacionar el conocimiento y la formación clínica y de la comunidad. Invest. educ. enferm. [en línea]. septiembre 2008, vol.26, n° 2, suppl.1, P. 150-159 (citado el 04 de noviembre 201

⁴² *Ibíd.*

Es el conjunto de características biodemográfico, académicas y perfil de postulación de los internos de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, sede casa central, año 2009

B. Percepción de aprendizajes relevantes para la toma de decisiones

Es el Conjunto de conocimientos teóricos y empíricos, habilidades y actitudes aprendidas por el interno durante su trayecto de formación académica y que éste considera relevantes por haberle ayudado a tomar decisiones adecuadas frente a situaciones problema de la práctica clínica

C. Experiencias de la práctica clínica que le ayudaron a tomar decisiones adecuadas

Experiencias vividas por el interno de enfermería en diferentes contextos, que él percibe como favorables para el proceso de toma de decisiones adecuadas, frente a situaciones problema de la práctica clínica

D. Factores percibidos por el interno de enfermería que afectaron el proceso de toma de decisiones en situaciones problema

Evento o situación percibida por el interno como un problema en contextos de laboratorio de asignaturas teórico práctica profesional durante todo su proceso de formación en que debió otorgar cuidados a usuarios o responder a demandas y necesidades de los integrantes del equipo de salud que requerían de la toma de decisiones.

2.3.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Las tablas siguientes muestran la operacionalización de las variables del estudio.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	PREGUNTAS
1. Describir el perfil biodemográfico y académico del interno de Enfermería de la Universidad de Valparaíso en relación a: sexo, edad, colegio de procedencia, lugar de postulación, año de ingreso a la carrera, causas que lo motivaron a estudiar enfermería, área de internado que cursa actualmente, promedio de notas con que postuló a él.	Perfil biodemográfico y académico	características biodemográfico, académicas y perfil de postulación de los internos de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, sede casa central, año 2009	SEXO		Femenino Masculino	Sexo → Femenino → Masculino
			EDAD	Años cumplidos al momento de encontrarse realizando su experiencia de internado profesional (entre julio y septiembre de 2009)	Edad (en años cumplidos)	-21 y 22 años -23 y 24 años -25 y más
			COLEGIO DE PROCEDENCIA	Colegio de procedencia en que cursó último año de enseñanza media siendo postulante	-Particular -Particular subvencionado -Municipalizado	Colegio de procedencia
			OPCIÓN DE INGRESO A LA CARRERA	Lugar de selección de la carrera en su tarjeta de postulación	-1º opción -2º opción -3º opción -Transferencia	Cuando postuló a la carrera, su opción de ingreso estuvo en:
			AÑO DE INGRESO A LA CARRERA	Año en que se matricula como estudiante de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso e inicia sus estudios	-2002 o antes -2003 -2004 -2005	Año de ingreso a la carrera
			MOTIVACION PARA ESTUDIAR ENFERMERIA	Factores que refiere el interno que lo incentivaron a estudiar enfermería	-Personales -Familiares -Económicas	Señale si los siguientes factores fueron causas para estudiar Enfermería: Inclinación personal Conocer algún(a) enfermero(a) Proyecciones económicas favorables Presiones familiares Falta de puntaje para estudiar otra carrera Otro
			INTERNADO QUE CURSA ACTUALMENTE	Área en que se encuentra realizando su internado profesional, pudiendo ser intrahospitalario, adulto o niño	Area Intrahospitalaria Adulto Area Intrahospitalaria Niño. Area Enfermería Familiar y Comunitaria	Internado que cursa actualmente
			PROMEDIO DE NOTAS CON QUE POSTULÓ AL INTERNADO	Promedio de notas de las asignaturas profesionales con que postula al internado profesional	Superior a 6.0 5.9 a 5.5 5.4 a 5.0 4.9 a 4.5 4.4 a 4.0	El promedio de notas con que postuló al internado fue:

OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	PREGUNTAS
Identificar los factores percibidos por el interno de enfermería que afectaron el proceso de toma de decisiones en situaciones problema relacionado con la gestión del cuidado, durante sus experiencias de práctica clínica en las asignaturas profesionales teórico prácticas hasta el internado.	factores percibidos por el interno de enfermería que afectaron el proceso de toma de decisiones en situaciones problema	Evento o situación percibida por el interno como un problema en contextos de laboratorio de asignaturas teórico práctica profesional durante todo su proceso de formación en que debió otorgar cuidados a usuarios o responder a demandas y necesidades de los integrantes del equipo de salud que requerían de la toma de decisiones	AREA COGNITIVA	Falta de conocimientos teóricos necesarios para tomar una decisión adecuada en contextos de práctica clínica	Falta de conocimientos sobre el quehacer profesional	SITUACIONES CONSIDERADAS COMO PROBLEMÁTICAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA -Falta de conocimientos respecto al quehacer profesional
			AREA EXPERIENCIAL	Falta de experiencia para tomar una decisión adecuada en contextos de práctica clínica	Falta de experiencia Temor a equivocarse o hacer daño	-Falta de experiencia respecto al quehacer profesional -Temor a equivocarme y/o hacer daño
			AREA INTERPERSONAL	Falta de apoyo de la docente o la enfermera guía para tomar decisiones adecuadas en entornos de práctica clínica	Falta de apoyo del docente o guía Temor a ser mal evaluado Trato inadecuado del docente o guía	-Falta de apoyo por parte de mi docente y/o enfermera guía -Temor a ser mal evaluado -Trato inadecuado de mi docente y/o enfermera guía

3 CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

3.1.1 TIPO DE ESTUDIO

En el presente estudio se buscó vincular conceptos abstractos, operacionalizadas a través de indicadores empíricos, recoger la información mediante un instrumento y medirlas por lo que se trata de un estudio cuantitativo descriptivo del conjunto de conceptos y variables relacionadas con el proceso de toma de decisiones percibido y vivenciado por los internos de enfermería de la Universidad de Valparaíso frente a situaciones problema de la práctica clínica de todo su proceso formativo (retrospectivo), que serán estudiados en el momento en que se encuentren cursando su internado profesional (transversal).

3.1.2 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La participación de los estudiantes hizo posible en gran medida este estudio. La autora consciente que el abordar aspectos vivenciales podía ser un tema sensible para ellos, pudiendo sentirse vulnerados por criticar aspectos de la formación académica como lo solicitaba el estudio, fue imperativo resguardar suficientemente su integridad, cautelando el respeto a su autonomía, la confidencialidad de la información, y evitando los posibles daños derivados de este estudio (Informe Belmont, 1979).

Es así, que se respetó la autonomía de los estudiantes mediante el proceso de consentimiento informado llevado a cabo en forma honesta, entregando una amplia y profunda información referente tanto a la participación de los internos, de los objetivos, riesgos y beneficios del estudio, identidad de la investigadora (profesora de su escuela) Fueron invitados a participar en el estudio por la estudiante encuestadora de 4º año de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso y se comunicaron con ella cuando lo requirieron, para obtener mayor información o aclarar sus dudas.

Los datos se manejaron con absoluta reserva, y fueron revelados sólo al asesor estadístico, a la encuestadora y a la guía de la tesista. Los resultados se usarán sólo para los fines del estudio y en eventuales publicaciones se protegerá la identidad de los participantes. Con todo lo mencionado se garantiza el anonimato, la confidencialidad, el derecho a acceder al resultado y a la posibilidad de consultar.

Para asegurar la confiabilidad y validez de los resultados, la tesista contó con la guía y asesoría de la Srta. Alejandra Tapia, Magíster en estadística.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

3.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO

La población en estudio estuvo constituida por los estudiantes de la carrera de enfermería, sede casa central, que cursaban el V nivel, noveno semestre, incluyéndose a todos los estudiantes que cumplían con los criterios para el estudio, n= 85.

3.3 DISEÑO MUESTRAL

3.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron todos los individuos que presentaban las características requeridas para el estudio, mediante los siguientes criterios de selección a saber:

- Estudiantes matriculados como alumno regular de la Universidad de Valparaíso, sede Valparaíso, en el quinto año de la carrera de enfermería, sede Valparaíso.
- Realizar su experiencia de internado en temporada regular desde el 30 de junio al 4 de septiembre de 2009 en los campos clínicos asignados para la sede.
- Encontrarse desarrollando internado profesional en ámbito intra o extra hospitalario independiente del año de ingreso a la carrera.
- Que aceptaron contestar el cuestionario.
- Que firmaron el consentimiento informado

3.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron del estudio las/los internas/os que:

- Estando inscritos en la asignatura, no cumplieron con alguno de los criterios de inclusión.
- Quienes iniciaron su experiencia de internado en el mes de marzo del año 2009.
- Quienes no estuvieron presentes en el momento de la aplicación del cuestionario.

3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

Corresponde al interno de la escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso que cumple con los criterio de inclusión

3.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.5.1 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

El instrumento corresponde a un cuestionario autoadministrado, el ítem I incluye preguntas cerradas que caracterizan al interno, del ítem II al IV se presentan afirmaciones y juicios relacionados con las variables del estudio.

El diseño se realizó en 5 fases:

- 1º fase: año 2007, se consultó literatura especializada e investigaciones sobre los temas abordados realizadas en los últimos 10 años
- 2º fase: año 2008, se consultó a docentes expertas en docencia en Enfermería y Gestión en enfermería;⁴³ se consultó a enfermera supervisora con gran experiencia en la Gestión de los Cuidados de Enfermería y enfermera guía de internado de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso⁴⁴. En esta etapa se elabora un primer instrumento que es sometido a juicio de expertos y se mejora.
- 3º fase: enero 2009, se elabora el diseño preliminar del primer instrumento, luego de obtener información mediante entrevistas realizadas en un grupo focal, con cinco egresados de enfermería, de la cohorte 2008, sede Valparaíso.⁴⁵ El objetivo era acercarse a la percepción que tuvieron estos egresados en la etapa del internado sobre la adquisición de aprendizajes relacionados con la capacidad para tomar decisiones y como se enfrentaron a las situaciones de conflicto. (ver anexo). Una vez transcritos los resultados, se replantean algunos objetivos del estudio y la delimitación del problema.
- 4º fase: junio de 2009, prueba del instrumento con 2 egresadas de la cohorte 2008, ajustándose de acuerdo a las observaciones hechas.
- 5º fase: Junio de 2009, asesoría de experta en estadística⁴⁶ para revisión de consistencia y coherencia del instrumento con los objetivos y variables del estudio.

⁴³ Nidia Núñez docente experta en investigación y con vasta trayectoria en docencia de la Universidad de Valparaíso, Profesora María Soledad Jara docente experta en gestión y Magíster en educación de la Universidad de Valparaíso

⁴⁴ Srta. Janet González, Enfermera Supervisora del Servicio de Cirugía Infantil, Hospital Carlos Van Buren. Valparaíso.

⁴⁵ Anexo entrevista en profundidad egresados de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso cohorte 2008, enero de 2009.

⁴⁶ Alejandra Tapia, Ingeniero en Estadística, Magíster en Estadística.

Sobre la base de las revisiones de la prueba piloto, el instrumento de medición preliminar se modificó, ajustó y mejoró para su posterior aplicación.

De este modo el instrumento quedó constituido de la siguiente forma:

- Introducción con explicación breve, agradecimientos al inicio al respondiente por tomarse el tiempo para contestar el cuestionario y solicitud de respuesta honesta.
- Ítem I, título relacionado con el objetivo del estudio, breve explicación de la forma de responder, 9 preguntas cerradas y una abierta.
- Ítem II- III y IV, título relacionado con el primer objetivo del estudio, breve explicación de la forma de responder, con afirmaciones o juicios que lo representan, y cada una con 5 posibilidades de respuesta de tipo ordinal, o un “no aplica” cuando usted considera que no cuenta con suficiente información para emitir un juicio . El ítem II y IV tiene una pregunta abierta.

3.5.1.1 DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO POR ÍTEMS

Las siguientes tablas muestran la descripción del instrumento por Ítem analizado, entregando la información que aporta cada pregunta en razón del objetivo planteado.

ITEM	INFORMACION QUE APORTA	PREGUNTAS	OBJETIVO DELESTUDIO
I	<p>Preguntas 1, 2, 3 y 6 son cerradas con respuestas de tipo nominal para obtener información descriptiva del interno, presentando 2 o más categorías de respuesta para cada una.</p> <p>Debe marcar una sola opción por cada afirmación pero puede marcar todas las que lo identifiquen</p>	<p>1. Sexo : femenino - masculino</p> <p>2.Edad(años cumplidos): 21 y 22 - 23 y 24 - 25 o más</p> <p>3. Colegio de procedencia: Particular - Municipal - Particular subvencionado</p> <p>6. Internado que cursa actualmente: Enfermería Familiar y Comunitaria - Adulto y Senescente - Niño y Adolescente</p>	
	<p>Las preguntas 4, 5 y 7 tienen respuesta de tipo ordinal con 3 o más categorías de respuesta.</p> <p>Debe marcar una sola opción por cada afirmación pero puede marcar todas las que lo identifiquen</p>	<p>4. Cuando postuló a la carrera, su opción de ingreso estuvo en: 1º opción - 2º opción- 3º opción - Transferencia</p> <p>5. Año de ingreso a la carrera: 2005 - 2004 - 2003 - 2002 - 2001 o antes</p> <p>7. El promedio de notas con que postuló al internado fue: Superior a 6.0 - 5.9 a 5.5 - 5.4 a 5.0 - 4.9 a 4.5 - 4.4 a 4.0</p>	<p>Describir el perfil biodemográfico y académico del interno de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, en relación a: sexo, edad, colegio de procedencia, año de ingreso a la carrera, causas que lo motivaron a estudiar enfermería, área de internado que cursa actualmente, promedio de notas con que postuló a él.</p>
	<p>La pregunta 8 presenta 5 afirmaciones con respuesta dicotómica pudiendo responder más de una alternativa.</p> <p>La pregunta 9 es abierta</p>	<p>causas para estudiar Enfermería:</p> <p>8.1) Inclinação personal SI - NO</p> <p>8.2) Conocer algún(a) enfermero(a) SI - NO</p> <p>8.3) Proyecciones económicas favorables SI - NO</p> <p>8.4) Presiones familiares SI - NO</p> <p>8.5) Falta de puntaje para estudiar otra carrera SI-NO</p> <p>9. Si responde otro, especifique: _____</p>	

Tabla 1: Ítem I: Perfil del estudiante

ITEM	INFORMACION QUE APORTA	PREGUNTAS	OBJETIVO
II	<p>Se planteó un encabezado relacionado con el segundo objetivo del estudio relacionado con los aprendizajes que le ayudaron en el proceso de toma de decisiones.</p> <p>A continuación se propusieron 14 afirmaciones sobre aprendizajes en el ámbito cognitivo, instrumental, procedimental y actitudinal.</p> <p>Debido a que las propuestas requerían de predisposición para declarar inclinación favorable o desfavorable, las respuestas tenían carácter direccional desde lo menos importante a lo más importante en escalamiento tipo Lickert, donde 1 correspondía a sin importancia, 2 poca importancia, 3 mediana importancia, 4 importante y 5 muy importante.</p> <p>Debía responder No Aplica cuando consideraba no tener suficiente información para emitir un juicio.</p>	<p>Señale el grado de importancia respecto a los siguientes aprendizajes considerados relevantes en la carrera que le ayudaron a tomar decisiones adecuadas frente a situaciones de la práctica clínica, donde:</p>	<p>Identificar la percepción de los internos de enfermería respecto de los aprendizajes considerados relevantes en la carrera y que le ayudaron a tomar decisiones adecuadas, frente a situaciones problemas, relacionadas con la gestión del cuidado del usuario externo e interno, durante sus experiencias de práctica clínica, en las asignaturas profesionales teórico prácticas hasta el internado.</p>
		1. Conocimientos respecto al quehacer profesional	
		2. Teoría y conceptos	
		3. Actitudes y habilidades comunicativas	
		4. Habilidades en técnicas instrumentales	
		5. El docente como fuente principal de información y orientación	
		6. Trabajo en proyectos y problemas basados en situaciones reales	
		7. Énfasis a la experiencia laboral	
		8. Comunicación entre el estudiante y el docente, fuera del horario de clases	
	Debía marcar una sola opción por cada afirmación	9. Comunicación entre los compañeros	
	pudiendo marcar todas las que lo identificaran.	10. Metodologías para la investigación, calidad y resolución de problemas	
		11. Habilidades en gestión y liderazgo	
		12. Razonamiento matemático sobre aspectos cuantitativos de la realidad	
	La pregunta 15 estaba abierta para responder sobre	13. Tecnologías de información y comunicación	
	algún aprendizaje no considerado en el listado.	14. Evaluación periódica del progreso académico del estudiante	
		15. Otro, especifique _____	

Tabla 2: Ítem II: Aprendizajes considerados relevantes en la carrera que le ayudaron a tomar decisiones adecuadas frente a situaciones de la práctica clínica

ITEM	INFORMACION QUE APORTA	PREGUNTAS	OBJETIVO
III	<p>Se planteó un encabezado relacionado con el tercer objetivo del estudio relacionado con las experiencias de la práctica clínica que le ayudaron en el proceso de toma de decisiones.</p> <p>A continuación se propusieron 10 afirmaciones.</p> <p>Debido a que las propuestas requerían de predisposición para declarar inclinación favorable o desfavorable, las respuestas tenían carácter direccional desde lo menos importante a lo más importante en escalamiento tipo Lickert, donde 1 correspondía a sin importancia, 2 poca importancia, 3 mediana importancia, 4 importante y 5 muy importante.</p>	<p>Señale el grado de importancia respecto a los siguientes aprendizajes considerados relevantes en la carrera que le ayudaron a tomar decisiones adecuadas frente a situaciones de la práctica clínica, donde:</p>	
		1. Conocimientos respecto al quehacer profesional	
		2. Teoría y conceptos	
		1. Lugares de práctica con recursos suficientes	
	Debía responder No Aplica cuando consideraba	2. Buena comunicación con otros profesionales del área de la salud	
	no tener suficiente información para emitir un juicio	3. Buena relación con la docente y/o enfermera guía	
		1. Buen trato entre los funcionarios	
		2. Buen trato hacia los estudiantes	
		3. Posibilidad de corregir los errores	
	Debía marcar una sola opción por cada afirmación	4. Exigencias de acuerdo al nivel en que se encontraba	
	pudiendo marcar todas las que lo identificaran.	5. Evaluación periódica de su desempeño	<p>Identificar las vivencias durante la práctica clínica de las asignaturas profesionales teórico prácticas hasta el internado, que al interno de enfermería le ayudaron a tomar decisiones adecuadas, frente a situaciones problema relacionadas con la gestión del cuidado del usuario externo e interno.</p>

Tabla 3: Ítem III: Experiencias en la práctica clínica que le ayudaron a tomar decisiones adecuadas

ITEM	INFORMACION QUE APORTA	PREGUNTAS	OBJETIVO
IV	<p>Se planteo un encabezado relacionado con el cuarto objetivo del estudio relacionado con las situaciones percibidas como problema en la práctica clínica que le dificultaron el proceso de toma de decisiones.</p> <p>A continuación se propusieron 6 juicios.</p> <p>Debido a que las propuestas requerían de predisposición para declarar inclinación favorable o desfavorable, las respuestas tenían carácter direccional desde lo menos importante a lo más importante en escalamiento tipo Lickert, donde 1 correspondía a sin importancia, 2 poca importancia, 3 mediana importancia, 4 importante y 5 muy importante.</p>	<p>Señale el grado de importancia respecto a las siguientes situaciones consideradas como problemas en la práctica clínica:</p>	<p>Identificar los factores percibidos por el interno de enfermería que afectaron el proceso de toma de decisiones en situaciones problema relacionadas con la gestión del cuidado del usuario e durante sus experiencias de práctica clínica en las asignaturas profesionales teórico prácticas hasta el internado.</p>
	<p>Debía responder No Aplica cuando consideraba no tener suficiente información para emitir un juicio.</p>	<p>1. Falta de conocimientos respecto al quehacer profesional</p>	
		<p>2. Falta de experiencia respecto al quehacer profesional</p>	
		<p>3. Falta de apoyo por parte de mi docente y/o enfermera guía</p>	
		<p>4. Trato inadecuado de mi docente y/o enfermera guía</p>	
	<p>Debía marcar una sola opción por cada afirmación pudiendo marcar todas las que lo identificaran.</p>	<p>5. Temor a equivocarme y/o hacer daño</p>	
		<p>6. Temor a ser mal evaluado</p>	
	<p>La pregunta 7 estaba abierta para responder algún aprendizaje no considerado en el listado.</p>	<p>7. Otro, especifique __</p>	

Tabla 4: Ítem IV: Situaciones consideradas como problemas en la práctica clínica.

3.5.2 RELACIÓN DE LOS ÍTEMS CON VARIABLES ESTUDIADAS

A. ÍTEM I: perfil del estudiante

El conocer las dimensiones sexo, edad, colegio de procedencia, lugar de postulación a la carrera, año de ingreso y promedio de notas permite caracterizar al interno de la carrera de enfermería de la Universidad de Valparaíso, sede Valparaíso. Conocer el área de internado que cursa actualmente puede dar información sobre posibles diferencias en las respuestas de los internos de acuerdo al área en que se encuentre al momento de responder (intra o extra hospitalario). Al preguntar por las motivaciones para estudiar enfermería permite conocer la relación que pueda haber entre esta dimensión y el grado de autonomía que percibe el interno haber desarrollado durante su proceso de formación, evidenciado a través de la capacidad para tomar decisiones .

B. ÍTEM II: aprendizajes considerados relevantes en la carrera que le ayudaron a tomar decisiones adecuadas frente a situaciones de la práctica clínica

Dentro de los criterios utilizados para seleccionar los aprendizajes más relevantes dentro de la formación del estudiante de enfermería para la toma de decisiones se recurrió a revisión bibliográfica del tema, consulta a expertos y principalmente se consideró la información obtenida en la entrevista en profundidad hecha a los egresados en Enero del 2008, considerando que sus respuestas fueron altamente coincidentes con algunas investigaciones encontradas⁴⁷⁻⁴⁸⁻⁴⁹

C. ÍTEM III: Experiencias en la práctica clínica que le ayudaron a tomar decisiones adecuadas

Dentro de las vivencias propuestas como favorecedoras de la toma de decisiones se consideró revisión bibliográfica del tema, consulta a expertos, observaciones en los campos clínicos en que se desempeñan los estudiantes de enfermería de la Universidad de Valparaíso y principalmente la información obtenida en la

⁴⁷ Anexo entrevista en profundidad egresados de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso cohorte 2008, enero de 2009

⁴⁸ Odiseo, Revista Electrónica de Pedagogía. “Formación de habilidades profesionales en estudiantes de Enfermería”. Año 7, núm. 14. Enero-junio 2010. ISSN 1870-1477.

⁴⁹Departamento de Enfermería Psiquiátrica, Fatemeh (PBUH) Escuela de Enfermería y Partería Shiraz Universidad de las Ciencias Médicas, Zand BlvD, Shiraz, Irán BMC Nursing, 2005; 4: 6-6 “*A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice*” en <http://viaclinica.com/journal.php?abbr=BMC+Nurs&page=1>

entrevista en profundidad hecha a los egresados en Enero del 2008, dada la coincidencia de sus respuestas con investigaciones que abordan el tema de las experiencias prácticas^{50_51_52}

D. ÍTEM IV: Situaciones consideradas como problemas en la práctica clínica

Dentro de los factores que perciben los internos como un problema frente al proceso de toma de decisiones se consideró revisión bibliográfica del tema, consulta a expertos, y principalmente la información obtenida en la entrevista en profundidad hecha a los egresados en Enero del 2008, dada la coincidencia de sus respuestas con investigaciones que abordan el tema de las experiencias prácticas^{53_54_55}

3.5.3 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La metodología para la elaboración del instrumento se describe a continuación:

- 2009, mayo: capacitación de una estudiante de cuarto año de la carrera como encuestadora
- 2009, junio: aplicación de la prueba del instrumento a dos internas que realizaron su internado profesional entre abril y junio de 2009. Revisión y corrección del instrumento.
- 2009, julio: se establece contacto vía email y/o telefónico con los 85 internos que inician su práctica profesional el 30 de junio; se les informa sobre las características del estudio e se les invita a participar.
- 2009, 2º semana de agosto a la 4º semana de septiembre: aplicación de la encuesta.
 - Forma de aplicación: auto administrada previa aclaración general de cada ítem por parte de la encuestadora.
 - Tiempo promedio de respuesta del instrumento: 15 minutos, con 10 minutos previos para aclaraciones por ítem. Una vez aplicada se recogió en forma inmediata.
 - Encuestas respondidas: 73.

⁵⁰ Anexo entrevista en profundidad egresados de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso cohorte 2008, enero de 2009.

⁵¹ Tapp, D., Stansfield k., (2005), La autonomía en la práctica de enfermería. Revista Aquichan – ISSN 1657 - 5997

⁵² Sanjuan , Á. and Martinez, José. New approach in the learning-training process to interrelate knowledge and clinical and community training. *Invest. Educ. Enferm*, Sept. 2008, vol.26, no.2, suppl.1, p.150-159. ISSN 0120-5307.

⁵³ Anexo entrevista en profundidad egresados de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso cohorte 2008, enero de 2009.

⁵⁴ *Ibíd*em

⁵⁵ *Ibíd*em.

- Encuestas sin responder: 12. 4 correspondientes a internos que se encontraban realizando intercambio con la Universidad Católica del Maule en Rancagua y Talca, en el marco del Proyecto en Red MECESUP UBB 0607 y 8 que argumentaron falta de tiempo.
- 2009, octubre : vaciamiento de los datos a planilla Excel
- 2009, noviembre: análisis de la información en programa estadístico Stata 8.0.
- 2009, diciembre: análisis de los resultados

3.6 ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis de los datos fue realizado en tres etapas conforme al plan de recolección y análisis.

A. Primera Etapa

Durante la aplicación de los instrumentos (segunda semana de agosto a 4º semana de septiembre) la encuestadora procedió a revisar cada uno con el fin de verificar que estuvieran completas y fueran acompañadas del consentimiento informado respectivamente firmado.

B. Segunda Etapa

En el mes octubre de 2009 la asesora estadística procedió a registrar los datos aportados por el instrumento en una base de datos Excel.

En noviembre de 2009 la información recogida en la planilla Excel fue procesada mediante el programa estadístico Stata 8.0.; se utilizaron estadísticas descriptivas para presentar mediante tablas la frecuencia y porcentajes la caracterización de los sujetos del estudio, de aquellos aprendizajes y vivencias considerados más relevantes por los internos para desarrollar el proceso de toma de decisiones y enfrentar sus prácticas de internado profesional o aquellas situaciones que percibieron como un problema para este mismo proceso.

C. Tercera etapa

En diciembre y enero de 2009 se realizó el análisis de acuerdo a las variables del estudio, identificando las áreas con mayor y menor fortaleza.

Para la variable perfil biodemográfico y académico se hace análisis descriptivo por cada una de las dimensiones de la variable. También se identificaron algunas relaciones entre características biodemográficos y académicas

Para la variable aprendizajes y vivencias de la práctica clínica se agruparon de acuerdo al grado de importancia referido por los internos.

Para la variable factores percibidos por el interno de enfermería que afectaron el proceso de toma de decisiones en situaciones problema se agruparon de acuerdo al orden de importancia referido por los internos para las propuestas del ítem.

4 CAPITULO 4 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

El análisis estadístico corresponde a un análisis descriptivo y la información se presenta en tablas estadísticas de frecuencias y porcentajes:

4.1.1 PERFIL BIODEMOGRÁFICO Y ACADÉMICO

Tabla 5: Perfil biodemográfico y académico de los internos, año 2009.

Distribución porcentual de los internos de la muestra según:	variable	estudiantes encuestados	%
SEXO (n=72)	femenino	61	84,7
	masculino	11	15,3
EDAD (en años cumplidos) (n=73)	22	27	37,0
	23	12	16,4
AÑO DE INGRESO A LA CARRERA (n= 72)	2005	49	68,1
	2004	14	19,4
LUGAR DE POSTULACIÓN (n= 72)	1° lugar	47	65,3
	2° lugar	14	19,4
COLEGIO DE PROCEDENCIA (n=73)	Particular subvenc.	49	67,1

Fuente: Cuestionario de evaluación sobre el proceso de toma de decisiones vivenciado por los/las internos de enfermería frente a situaciones problema durante sus prácticas de internado profesional.

El documento con las tablas de resultados con la información completa se presenta en anexos.

- Del total de internos encuestados, un 15% corresponde al sexo masculino; porcentaje que podría interpretarse como una integración paulatina de varones a la carrera, aspecto interesante desde la perspectiva del proceso de toma de decisiones para la Gestión del Cuidado.⁵⁶
- Un 37% de los internos al momento de ser encuestados tenía 22 años, probablemente éstos ingresaron a estudiar Enfermería inmediatamente egresados de la enseñanza media.
- En la encuesta aproximadamente dos tercios de la muestra (68%) formaba parte de la cohorte regular de

⁵⁶ Tapp, D., Stansfield k., (2005), La autonomía en la práctica de enfermería. Revista Aquichan – ISSN 1657 - 5997

ingreso del año 2005, constituida en su mayoría por estudiantes egresados de enseñanza media en el año 2004 .

- Estos postularon a la carrera marcando preferentemente su opción de ingreso en primer lugar con un 65 %, y un 19% en segundo lugar, hecho que viene a reafirmar las propuestas de Brockett⁵⁷, pues cuando estos han deliberado y decidido una opción tendrán mayor autonomía en el proceso de aprender
- La mayoría de los internos encuestados provienen de un colegio particular subvencionado predominando con un 67.12%, característica que se ha mantenido en los últimos 5 años, según los hallazgos encontrados en el informe de Autoevaluación de la Carrera.⁵⁸

A continuación se presenta la tabla que representa algunas de las motivaciones de los estudiantes para elegir la carrera de Enfermería.

Tabla 6: Motivación que tuvieron los internos para elegir estudiar Enfermería

MOTIVACION	SI	NO
Inclinación personal	97,22%	2,78%
Conocer algún(a) enfermero(a)	31,25%	68,75%
Proyecciones económicas favorables	50%	50%
Presiones familiares	4,69%	95,31%
Falta de puntaje para estudiar otra carrera	16,67%	83,33%

Fuente: Cuestionario de evaluación sobre el proceso de toma de decisiones vivenciado por los/las internos de enfermería frente a situaciones problema durante sus prácticas de internado profesional.

- De la presente tabla destaca que en un 97,2% la motivación para estudiar fue personal, resultado que

⁵⁷ Amador, Genoveva, et al. El papel de los tutores en la auto-dirección del aprendizaje de los estudiantes de Enfermería. Invest. Educ. Enferm. [online]. July/Dec. 2007, vol.25, no.2 [cited 14 January 2011], p.52-59. Available from World Wide Web: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000200005&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0120-5307.

⁵⁸ Informe de Autoevaluación de la Carrera de Enfermería, sede casa central Valparaíso. Universidad de Valparaíso. Tablas de datos de parte C. Año 2009.

viene a corroborar las teorías de motivación para el aprendizaje.⁵⁹

- Las predicciones económicas favorables fueron una motivación para el 50% de los internos, y sólo en el 31% influyó el haber conocido a algún profesional enfermera/o, estos antecedentes coinciden con los estudios de contexto presentados.⁶⁰
- La falta de puntaje para estudiar otra carrera fue argumentada solo por un 16 % de los encuestados.
- Los resultados presentados permiten considerar que la incorporación de competencias para la autonomía en la Gestión del Cuidado debiera ocurrir en forma gradual, pero permanente en nuestros egresados, dado que desde el ingreso la mayoría ha estado motivado para ser Enfermera/o.

⁵⁹ Shuell, (1986), en Teorías del Aprendizaje, 2ª Edición (1997), Schunk, D., Pearson Educación.

⁶⁰ Informe de Autoevaluación de la Carrera de Enfermería, sede casa central Valparaíso. Universidad de Valparaíso. Tablas de datos de parte C. Año 2009.

5 CAPITULO 5 DISCUSIÓN Y SUGERENCIAS

5.1 INTERPRETACION DE RESULTADOS

A. Aprendizajes considerados relevantes por los internos para la toma de decisiones

Tabla 7: Aprendizajes considerados relevantes por los internos para la toma de decisiones, en Rango 1

Aprendizaje	Porcentaje de Internos
Conocimiento Respecto al quehacer profesional	85%
Teoría y Conceptos	81%
Habilidades y gestión de Liderazgo	70%

Fuente: Cuestionario de evaluación sobre el proceso de toma de decisiones vivenciado por los/las internos de enfermería frente a situaciones problema durante sus prácticas de internado profesional

Rango 1, corresponde a los aprendizajes que fueron considerados relevantes en rangos de porcentaje superior a 66%

A continuación se presentan en las siguientes tablas los aprendizajes percibidos por el interno como relevantes para la toma de decisiones, agrupadas para la categoría muy importantes en porcentajes decrecientes según los resultados encontrados.

- En la tabla se aprecia que los aprendizajes a los que los internos otorgaron mayor importancia fueron los conocimientos relacionados con el quehacer profesional y la teoría y conceptos. Este hallazgo puede significar la incorporación de estrategias innovadoras para la enseñanza y la evaluación de las competencias requeridas para la formación, no ha tenido impacto suficiente en la formación dado que el interno sigue prefiriendo la entrega de contenidos de manera reproductiva.
- Llama la atención que el desarrollo de habilidades y gestión de liderazgo fueron aprendizajes considerados muy importantes para dos tercios de los internos encuestados. Este antecedente refleja el sello que se ha querido dar en los últimos años a los estudiantes de la carrera, en respuesta a las demandas del entorno para que asuma la Gestión del Cuidado tempranamente.

Tabla 8: Aprendizajes considerados relevantes por los internos para la toma de decisiones, en Rango 2

Aprendizaje	Porcentaje de Internos
Actitudes y habilidades Comunicativas	59%
Trabajo en proyectos y problemas basados en situaciones reales	55%
Evaluación periódica del progreso académico del estudiante	52%
Énfasis en la experiencia laboral	49%
Habilidades en técnicas instrumentales	47%
El docente como fuente principal de información y orientación	45%
Metodologías para la investigación, calidad y resolución de problemas	45%
Comunicación entre los compañeros	32%

Fuente: Cuestionario de evaluación sobre el proceso de toma de decisiones vivenciado por los/las internos de enfermería frente a situaciones problema durante sus prácticas de internado profesional

Rango 2, corresponde a los aprendizajes que fueron considerados relevantes en rangos de porcentaje entre 30 y 65%

- En esta tabla destaca un grupo de aprendizajes que fue ponderado con la mitad o más del porcentaje, tales como, actitudes y habilidades comunicativas, trabajo en proyectos y problemas basados en situaciones reales, evaluación periódica del progreso académico y énfasis hacia la experiencia laboral.
- En concordancia con los resultados encontrados en el estudio hecho en el marco del Proyecto en red MECESUP UBB 0607, más de la mitad de los internos valora el aprendizaje de competencias más genéricas. Estos también consideran que aprender en contextos que simulen las vivencias a las que deben enfrentarse es muy importante.

Tabla 9: Aprendizajes considerados relevantes por los internos para la toma de decisiones, en Rango 3

Aprendizaje	Porcentaje de Internos
Comunicación entre el estudiante y el docente, fuera del horario de clases	27%
Tecnologías de información y comunicación	21%
Razonamiento matemático sobre aspectos cuantitativos de la realidad	11%

Fuente: Cuestionario de evaluación sobre el proceso de toma de decisiones vivenciado por los/las internos de enfermería frente a situaciones problema durante sus prácticas de internado profesional

Rango 3, corresponde a los aprendizajes que fueron considerados relevantes en rangos de porcentaje inferiores al 30%

- Una cuarta parte de los internos encuestados consideró que la comunicación entre él y el docente fuera de horario, tecnologías de la información y el razonamiento lógico son aprendizajes menos importantes para la toma de decisiones. Este resultado puede ser consecuencia de un modelamiento tradicional; aspecto que ha de ser considerado seriamente a las puertas de la transformación curricular que vivirá la Escuela de Enfermería producto del trabajo en red con el Proyecto MECESUP.

B. Experiencias de la práctica clínica que le ayudaron a tomar decisiones frente a situaciones problema.

Las tablas que se presentan a continuación muestran las experiencias del interno durante las prácticas clínicas que le ayudaron a tomar decisiones, agrupadas para la categoría muy importante en porcentajes decrecientes según los resultados encontrados.

Tabla 10: Experiencias en la práctica clínica considerados relevantes por los internos para la toma de decisiones, en Rango 1

Vivencias	Porcentaje de Internos
Al actuar con seguridad y fundamento	89%
Posibilidad de corregir los errores	79%
Buen trato hacia los estudiantes	74%
Lugares de Prácticas Con Recursos Suficientes	40%
Buena relación con la docente y/o enfermera guía	71%
Exigencias de acuerdo al nivel en que se encontraba	69%
Al actuar con autonomía y rapidez	69%

Fuente: Cuestionario de evaluación sobre el proceso de toma de decisiones vivenciado por los/las internos de enfermería frente a situaciones problema durante sus prácticas de internado profesional

Rango 1 corresponde a las experiencias que fueron considerados relevantes en rangos de porcentaje superior al 66%

- Llama la atención que la experiencia a la que los internos otorgaron el porcentaje más alto al preguntarles por las vivencias, respondieron en un alto porcentaje el actuar con seguridad y fundamento (89%)
- La posibilidad de corregir errores también fue una experiencia altamente valorada por los estudiantes como facilitador del proceso de toma de decisiones con un 79%
- Para el resto de las experiencias también los encuestados otorgaron porcentajes altos, llegando a cifras semejantes y cercanas al 70% en todas ellas.

Tabla 11: Experiencias en la práctica clínica considerados relevantes por los internos para la toma de decisiones, en Rango 2

Vivencias	Porcentaje de Internos
Buen trato entre los funcionarios	63%
Evaluación periódica de su desempeño	60%
Lugares de práctica con recursos suficientes	40%

Fuente: Cuestionario de evaluación sobre el proceso de toma de decisiones vivenciado por los/las internos de enfermería frente a situaciones problema durante sus prácticas de internado profesional

Rango 2, corresponde a las experiencias que fueron considerados relevantes en rangos de porcentaje entre 30 y 65%

- El buen trato entre los funcionarios fue una experiencia que los encuestados consideran muy importante por un 63% para facilitar el proceso de toma de decisiones
- La evaluación periódica del interno también tuvo alta valoración llegando a un 60%
- Llama la atención que los lugares de práctica con recursos suficientes fue considerado como muy importante solo por el 40% de los internos

C. Factores que afectaron el proceso de toma de decisiones en situaciones problema durante sus experiencias de práctica clínica.

Las tablas que se presentan a continuación muestran los factores percibidos por el interno de enfermería que afectaron el proceso de toma de decisiones en situaciones problema en la práctica clínica, agrupadas para la categoría muy importante en porcentajes decrecientes según los resultados encontrados.

Tabla 8: Factores percibidos por el interno de enfermería que afectaron el proceso de toma de decisiones, en Rango 1

Factores o Situaciones Problema	Porcentaje de Internos
Trato inadecuado de mi docente y/o enfermera guía	69%

Fuente: Cuestionario de evaluación sobre el proceso de toma de decisiones vivenciado por los/las internos de enfermería frente a situaciones problema durante sus prácticas de internado profesional

Rango 1, corresponde a las experiencias que fueron considerados relevantes en rangos de porcentaje superior al 66%

- El trato inadecuado de la docente o del guía asistencial es la situación que alcanzó el mayor porcentaje de importancia como factor que afectó el proceso de toma de decisiones en los encuestados.

Tabla 9: Factores percibidos por el interno de enfermería que afectaron el proceso de toma de decisiones, en Rango 2

Factores o Situaciones Problema	Porcentaje de Internos
Falta de conocimientos respecto al quehacer profesional	64%
Falta de apoyo por parte de mi docente y/o enfermera guía	58%
Temor a equivocarme y/o hacer daño	42%
Temor a ser mal evaluado	35%
Falta de experiencia respecto al quehacer profesional	31%

Fuente: Cuestionario de evaluación sobre el proceso de toma de decisiones vivenciado por los/las internos de enfermería frente a situaciones problema durante sus prácticas de internado profesional

Rango 2, corresponde a los factores percibidos por el interno de enfermería que afectaron el proceso de toma de decisiones en rangos de porcentaje entre 30 y 65%

- En esta tabla destacan con porcentajes superiores y cercanos al 60%, la falta de conocimientos y la falta de apoyo del docente respectivamente; ambos muy relacionados con la causa encontrada en la tabla anterior (trato inadecuado del docente o guía).
- Los factores referidos como problemas muy importantes alcanzaron porcentajes que involucran aproximadamente un tercio de los encuestados y se refieren a situaciones de carácter valórico actitudinal.

5.2 COMENTARIOS

Los resultados encontrados en el presente estudio son coincidentes con otros artículos y estudios que indagaron sobre la transformación que viven los estudiantes enfrentados al proceso de toma de decisiones.

En el artículo publicado por Estupiñán y Agudelo vienen a reafirmar los postulados de Freire acerca de la transformación educativa, en contextos que consideran la cultura e identidad como elementos imprescindibles para el aprendizaje. Señalan de este modo que, “en contextos de formación, las culturas de los educandos y los educadores se encuentran”.⁶¹ Estas consideraciones tienen pleno sentido a la luz de los hallazgos recogidos en la investigación. El proceso de transformación facilitado por estrategias, provocará en el educando la adquisición de herramientas para enfrentar el proceso de toma de decisiones de manera adecuada

Observar el incremento sostenido de las matrículas de varones en la carrera de Enfermería, es un hecho interesante, toda vez que la profesión se ha desarrollado desde sus inicios en una cultura que le asignó el rol de cuidados a la mujer, considerándola una tarea menor.

Por otra parte, la gran oportunidad que nos entrega la sociedad y ley, se han visto reflejadas en una demanda cada vez mayor de postulantes, con altos niveles de calificación, lo que nos permite aprovechar al máximo las capacidades de estos estudiantes, posibilitando un mayor desarrollo disciplinar, especialmente porque la mayor parte ha ingresado altamente motivado por el rol de la enfermera.

Respecto de los hallazgos relacionados con aprendizajes y vivencias experimentadas por los internos de enfermería, también estos coinciden con las propuestas realizadas por Jacob, en cuanto a que, éstas se insertan en *inacabado proceso de formación, de educación que precisamente debido a la invención social del lenguaje, van mucho más allá del entrenamiento de habilidades*.⁶² Aspecto que fue confirmado a través de la valoración de los internos al aprendizaje de competencias más genéricas como capacidad de gestión y liderazgo.

Estos hallazgos evidencian que aun sin contar con un modelo curricular que explicita el desarrollo y logro de las competencias requeridas por los estudiantes para desempeñar su rol profesional, las estrategias utilizadas y más valoradas como las experiencias de práctica clínica, la evaluación constante de los aprendizajes y el alto concepto de responsabilidad ética en el actuar que han desarrollado los internos, permite incorporarlas de

⁶¹ Estupiñán. N., Agudelo, N., (2008) Identidad Cultural y Educación en Paulo Freire en <http://www.rhela.rudecolombia.edu.co/index.php/rhela/article/viewFile/73/71> , revisado el 23 de diciembre de 2010.

⁶²Jacob, F. (1991): Nous sommes programmés, mais pour apprendre. Le Courrier de L'UNESCO, Paris, en Freire, P. (1996): Política y Educación 5ª edición, Siglo XXI editores S.A. de C.V. México. P. 22

igual modo. Hecho percibido y valorado por los internos al momento de desempeñarse durante su práctica de internado profesional

El buen trato de las docentes, del personal que se desempeña en los campos clínicos se muestra como un factor potente para la instalación de competencias que permitan la toma de decisiones adecuadas.

Resultó interesante encontrar que la falta de recursos fue vista por los internos, más como una oportunidad para desplegar intervenciones creativas, que como un problema o amenaza para resolverlas.

5.3 SUGERENCIAS

Frente a los resultados encontrados, la investigadora sugiere continuar indagando en el fenómeno de apropiación de la capacidad para tomar decisiones vivido por los estudiantes en general.

Se sugiere también que aquellas metodologías utilizadas y valoradas por los internos como aprendizajes relevantes para la toma de decisiones, sean mantenidas, dada su alta valoración.

El desafío instalado será adecuar los programas de formación, incorporando un enfoque integral y a la vez recoger los aportes que significa la incorporación de varones, aspecto que no fue identificado en este estudio.

Será importante reflexionar y debatir sobre aquellos aprendizajes o vivencias que los estudiantes perciben como menos relevantes, considerarlas al momento de planificar las experiencias prácticas, con el fin de que estas sean aprovechadas al máximo y no le signifique dificultades para adquirir competencias necesarias para ejercer el liderazgo y autonomía profesional mediante una toma de decisiones adecuadas.

Si los docentes optimizan las estrategias de enseñanza y evaluación, la calidad de las experiencias clínicas, el egresado novato vivenciará este proceso como gradual y natural, asumiendo la responsabilidad de la Gestión del Cuidado, con toda propiedad.

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6.1 TEXTOS

- Bitar, Sergio, Educación Nuestra Riqueza. Chile educa para el siglo XXI. Aguilar ediciones 2005
- Freire, P. (1996): Política y Educación 5º edición, Siglo XXI editores S.A. de C.V. México. P. 22
- Freire, P. (1999): Cartas a quien pretende enseñar 5º edición, Siglo XXI editores S.A. de C.V. México. P. 103
- Freire, Paulo Pedagogía de la Autonomía. Saberes necesarios para la práctica educativa. Siglo veintiuno editores 2º ed reimpresión 2009
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). "Metodología de la Investigación". México: McGraw-Hill.
- Jacob, F. (1991): Nous sommes programmés, mais pour apprendre. Le Courier de L'UNESCO, Paris, en Freire, P. (1996): Política y Educación 5º edición, Siglo XXI editores S.A. de C.V. México. P. 22
- Marriner, Ann. Administración y liderazgo en Enfermería. Editorial Harcourt Brace. Reimpreso 1998. P. 14-27.
- Shuell, (1986), en Teorías del Aprendizaje, 2º Edición (1997), Schunk, D., Pearson Educación.
- Shunk, D., (1997), Teorías del Aprendizaje, 2º Edición, Pearson Educación. Capítulo 6, P. 195
- Schunk, D., (1997), Teorías del Aprendizaje, 2º Edición, Pearson Educación. Capítulo 6, P. 196

6.2 WEBLIOGRAFÍAS

- León R., C., Enfermería ciencia y arte del Cuidado. (Diciembre 2006) Revista Cubana de Enfermería. Volumen 22 N° 4. en http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_4_06/enf07406.htm#autor Revisado el 23.12.2010.
- Libro Blanco Título Grado de Enfermería 2005 (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y acreditación) en,
- http://www.aneca.es/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf
- Rangel, G. 2006, Las Enfermeras Colombianas, desde el Pregrado hasta la Investigación y Producción Científica (en línea) consultado diciembre 2010, en <http://www.especialidadesenfermeras.com/revista/antiores/num05/articulos/articulo1.htm>
- Salgado, Jacqueline and Sanhueza, Olivia. Nursing teaching and the relationship between healthcare and teaching activities in the Chilean educational and health frame. Invest. educ. enferm, July/Dec. 2010, vol.28, no.2, p.258-266. ISSN 0120-5307.

- Sanjuan Aquiles, Angela y Riera Martínez, José Ramón. Nuevo enfoque en el proceso de aprendizaje, la formación de interrelacionar el conocimiento y la formación clínica y de la comunidad. *Invest. educ. enferm.* [en línea]. septiembre 2008, vol.26, no.2, suppl.1 [citado el 04 de noviembre 2010], p.150-159.
- Milos, Paulina et al. La "gestión del cuidado" en la legislación chilena: interpretación y alcance. *Cienc. enferm.* [online]. 2010, vol.16, n.1 [citado 2011-01-14], pp. 17-29. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9553. doi: 10.4067/S0717-95532010000100003.
- AMADOR FIERROS, Genoveva, CHAVEZ ACEVEDO, Ana María, ALCARAZ MORENO, Noemí et al. El papel de los tutores en la auto-dirección del aprendizaje de los estudiantes de Enfermería. *Invest. educ. enferm.* [online]. July/Dec. 2007, vol.25, no.2 [cited 14 January 2011], p.52-59. Available from World Wide Web: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000200005&lng=en&nrm=iso. ISSN 0120-5307.
- Meleis (1988) (citado por Zarate Gnajales Rosa A.) (1) en *Gestión del Cuidado esencia de SER ENFERMERA*. Vilma Salvatierra Flórez Carmen Luz Rivera Quevedo en <http://www.cnemex.org/noticias/07.htm>, Diciembre de 2010.
- Odiseo, Revista Electrónica de Pedagogía. "Formación de habilidades profesionales en estudiantes de Enfermería". Año 7, núm. 14. Enero-junio 2010. ISSN 1870-1477.
- Departamento de Enfermería Psiquiátrica, Fatemeh (PBUH) Escuela de Enfermería y Partería Shiraz Universidad de las Ciencias Médicas, Zand Blvd, Shiraz, Irán *BMC Nursing*, 2005; 4: 6-6 "A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice" en <http://viaclinica.com/journal.php?abbr=BMC+Nurs&page=1>
- Tapp D., Stansfield K., Stewart J. La autonomía en la práctica de enfermería. *Revista Aquichan*, Vol.5, No 1 (2005) en <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/65/135>
- Estupiñan. N., Agudelo, N., (2008) *Identidad Cultural y Educación en Paulo Freire* en <http://www.rhela.rudecolombia.edu.co/index.php/rhela/article/viewFile/73/71> , revisado el 23 de diciembre de 2010.
- Colegio de Enfermeras, en <http://www.colegiodeenfermeras.cl/datos/ftp/art113.htm>, consultado el 23 de diciembre de 2010

6.3 SITIOS WEB

- www.achieen.cl

Documento: Necesidad de exclusividad universitaria para la formación de la Enfermera/o - Enfermera-matrona. Proyecto de ley en trámite constitucional que confiere carácter de título profesional con exclusividad universitaria a Enfermería. Julio 2008. (Consultado el 14.01.2011)

- <http://sil.congreso.cl>

Tramitación de proyectos de ley Orgánica Constitucional de Enseñanza N° 18.962, artículo 52. Confiere el carácter de título profesional universitario a las carreras de Kinesiología, Fonoaudiología, Enfermería, Obstetricia y Puericultura, Nutrición y Dietética, Tecnología Médica y Terapia Ocupacional. (Consultado el 14.01.2011).

6.4 DOCUMENTOS INSTITUCIONALES

- Proyecto MECESUP UBB 0607 (2007) Innovación Académica en Escuelas de Enfermería en Red para Enfrentar Desafíos de la Educación Terciaria. Asistencia Técnica N° 1. Informe N° 2. Marzo 2008 P. 14-17.
- Modelo Educativo Universidad de Valparaíso. 2008
- Informe de Autoevaluación de la Carrera de Enfermería, sede casa central Valparaíso. Universidad de Valparaíso. Tablas de datos de parte C. Año 2009.
- Programa de asignatura Internado, 2010. Escuela de Enfermería Universidad de Valparaíso
- Normas De Gestión, 2010. Escuela de Enfermería Universidad de Valparaíso.

7 ANEXOS

7.1 ANEXO 1: GRUPO FOCAL

GRUPO FOCAL: “El proceso de toma de decisiones vivenciado por los estudiantes de enfermería frente a situaciones problemas relacionadas con la gestión del cuidado y los usuarios externos durante sus prácticas de internado profesional “

Jueves 22 de Enero 2009

Asistentes:

Titulados de Enfermería, cohorte 2008.

1. Entrevistado
2. Entrevistado
3. Entrevistado
4. Entrevistado
5. Entrevistado
6. Investigadora

Hora de Inicio: 15:00

Hora de Término: 16:00

Preguntas:

1. ¿Que situaciones considera Ud. como problemáticas en una práctica clínica?
2. ¿En que se basa Ud para tomar una decisión frente a una situación problemática?
3. ¿Considera Ud. que la formación recibida le ha ayudado en la toma de decisiones en situaciones problemáticas durante las prácticas clínicas?
4. ¿A qué se refiere ese tipo de ayuda?

Presentación de la Actividad:

Investigadora

“Vamos a partir, yo les voy a pedir a ustedes que participen en este grupo focal. Este es un grupo focal que está orientado hacia conocer y que ustedes como estudiantes egresados, hoy día, de la carrera, la mayor parte, responden a algunas inquietudes respecto a la investigación

Yooooo quiero decirles que esto es una información absolutamente confidencial, y que solamente la voy a utilizar para los efectos de la investigación; para poder analizar los resultados. Y ustedes hoy día eeeeh, están en libertad de responder. Y Si alguno de ustedes se siente incómodo o está en desacuerdo con el curso de la entrevista puede retirarse en el minuto en que lo estime conveniente.

El tema son Los criterios utilizados por los estudiantes para tomar decisiones frente situaciones problemáticas durante las prácticas clínicas“El proceso de toma de decisiones vivenciado por los estudiantes de enfermería frente a situaciones problemas relacionadas con la gestión del cuidado y los usuarios externos durante sus prácticas de internado profesional “

Me gustaría que respondieran con toda libertad frente a las preguntas que yo les voy a hacer.

La primera pregunta dice ¿Que situaciones considera Ud. como problemáticas o consideró Ud como problemática en una práctica clínica?

Silencio largo (7 segundos)

E5: Yo creo que dentro de uno de los problemas que encontramos dentro de la práctica clínica era el trato. Este era como un punto como a veces bastante conflictivo, en la postura que uno llegaba como estudiante a trabajar, a ayudar a la enfermera y generalmente los técnicos paramédicos nos miraban como iguales o inferiores a ellos. El trato no era el mejor, incluso de las mismas enfermeras del servicio donde estábamos a veces la acogida no era la más buena. Igual uno cuando ya está en el internado entiende el cansancio que tiene, porque cada mes está llegando gente nueva y hay que orientarla. Y uno va entendiendo eso, pero al principio cuando uno es más chico como que le choca que te miren mal, que miraste mal o que no te respondan como uno quiere. Yo considero como el trato es uno de los puntos bastante conflictivos dentro de las prácticas clínicas

E1: También depende del clima que se de dentro de ese lugar, por ejemplo en pediatría cuando íbamos al Fricke había un clima laboral desfavorable y sumado a eso que uno se tenía que ganar el lugar, si sabía o no sabía y de poquito a poco uno iba como ganándose a los paramédicos. Pero sumado al trato y al clima era una bomba de tiempo. Entonces ahí uno se ponía a prueba y en el fondo el apoyo que uno tenía de los profes como; “vamos pa’ adelante”, era la diferencia para que estuviéramos acá.

E2: Yo creo que el problema es en cuanto a manejo de personal y de da en el internado. Las primeras semanas es determinante en las actitudes que uno tenga hacia ellos, la forma en que le hablen en mi caso

particular, y si tiene que llamarlo a una entrevista al personal uno lo llama lo saca de la sala y le dice esto no llegó claro, quiero que las cosas sean así y me tocó y lo hice y creo que desde ahí, quizá lo pueden tomar bien y uno trata que lo tomen de la mejor manera y como que se van transmitiendo la voz y como que todos ya te conocen y saben hasta que limite te tienen que hablar, que cosas te tienen que decir y que cosas no

I: ¿esa situación de conflicto es, la tuviste cuando tú te enfrentas a un problema con un funcionario y cómo tú lo manejas al funcionario?

E2: claro, claro yo lo aborde y creo que me resultó fácil, incluso después la relación siguió incluso mejor

I: ¿o sea la situación de conflicto tiene que ver con la personalidad de cada uno también?

Grupo: si pos

E2: sí, porque hay personas que a lo mejor les da miedo tomar una decisión y llamarlo a conversar con él. O otras personas que se lo digan de mala manera o que se lo digan en un lugar inadecuado. Entonces, igual hay que, antes de tomar la decisión de decir ya, yo quiero que me traten de esta manera y que me vean de esta manera, hay que buscar la instancia y el lugar y el momento para decirlo y enfrentarlo, porque al principio uno no sabe. Uno llega y nadie sabe cómo es uno, pero en el momento que pasa un conflicto, te tutean o pasa algo que a mí no me gusta y que no corresponde, que tu consideras que no corresponde. Vas a tomar la decisión al tiro o lo vas a dejar para después, vas a dejar que pasen los días, o vas a pensar se va a enojar y quizás si pasa de nuevo la enfrente. Pero a mi gusto enfrentarla, quizá no inmediatamente, pero unos minutos después.

I: O sea una situación de conflicto es cuando tu crees que alguien te trata, como dice Paula, de una manera que no corresponde.

E2: Si

E4: yo también considero que otro conflicto que se da es de algunas profesoras con los niños; los alumnos. Se dio mucho tal vez porque no se llevaban por personalidad porque eran distintas, no aceptaban como se portaba el otro y querían que fuera de una forma. Por eso la única forma de saber como estabas haciendo tu trabajo era una pauta, pero generalmente cuando las percepciones de las persona pasan a la, a ver como decirlo, pasan a la objetividad, ahí venía el conflicto. De repente los compañeros entendían pero no hacían mucho caso.

E3: si tiene que ver con quien nos guía a través de la práctica clínica por que el guía nos va a dar la confianza para tomar alguna decisión y poder hacer algo nuevo. A mí me paso que tuve en una oportunidad una profesora guía clínica que no era la adecuada entonces como que se le cae el mundo, entonces todo, cualquier decisión hasta hacer aseo, ya es como ¿lo hago?, ¿lo tengo que hacer?, ¿lo puedo hacer?. Y ahí empieza un

problema de seguridad en lo que hacemos y en lo que vamos a hacer también. Pero después de que pasa el tiempo vamos tomando distintas experiencias con otras profes. Y te da la seguridad de decir: “ya si tu puedes, vas en este curso, dale”. Y ahí también como que uno empieza a soltarse. Tiene mucho que ver con eso

E1: me pasó con una guía, entonces cualquier decisión como que lo hago no lo hago. Entonces la seguridad que hacemos que no hacemos. Pero después con el tiempo nos va a tocar con otras profes

E3: yo creo que la toma de decisiones real se da como en el internado, en esa situación y uno va creciendo a medida que va creciendo como estudiante. Y lo que decía Aaron, yo creo que en relación a los conflictos, no tiene solamente relación con la relación interpersonal, ósea tiene relación. Pero también tiene relación cuando las personas no hacen lo que tienen que hacer y pasan a llevar el trabajo del otro, o, por ejemplo, a mi me pasó una situación de conflicto donde un TPM no hacía su trabajo como correspondía y perjudicaba mi trabajo, por que eras un trabajo en equipo se supone entonces es en esa situación de toma de decisiones de algún conflicto yo me sentí superada porque era en el principio del internado y como que no tuve la confianza, o laaaa, no sé cómo se podría decir pero no tuve la decisión o la personalidad para enfrentarlo y tuve que llegar a otra instancia, a instancia de la enfermera supervisora, para solucionar el problema. Entonces esa es una capacidad que nosotros tenemos que desarrollar y yo creo que debería desarrollarse antes de llegar al internado para que no pasaran este tipo de situaciones

I: O sea tu vives un conflicto, o viviste un conflicto cuando sentías que no tenías las herramienta personales para enfrentar esa situación.

E1: Es que a lo mejor profe también va porque , siempre nosotros hemos estado como pollitos detrás de la gallina que nos va guiando, o sea siempre ha sido así. En el internado ustedes tienen que ser la gallina. Y tenemos que entrar y hay gente que está acostumbrada porque ha trabajado miles de años ahí toda su vida ha trabajado en tal lado, y llega una chiquilla de 24 años recién y que estudio 5 años y toda la cosa, pero no tiene la experiencia y llegamos a invadir su espacio. Entonces nos ponen a prueba y nos preguntan y nos quieren a veces joder, a ver qué decimos. Entonces todas esas cosas, se sienten, como estudiantes o como internas, nos sentimos así como ultra atacados muchas veces y solos porque nos tienen: “ustedes están solos porque somos sus guías” que es una guía que generalmente está sobrepasada en el trabajo

E3: A mi juicio tuve un conflicto, no con el personal sino con los médicos. Porque cuando uno ya está en el internado, uno es el que toma las decisiones pero ellos no aceptaban las decisiones mías porque tenían que ser de una enfermera ya como titulada. Entonces ahí uno tampoco tiene muchas herramientas, porque igual al fin y al cabo somos internos pero cuando ya son médicos con años, a uno la ven como una estudiante. Entonces ahí yo tampoco sabía lo que hacer. No me validan y no me consideraban y al al fin y al cabo le iban a dar la razón a ellos y no nos apoyan.

I no te apoyan

E3 claro, Entonces ese para mi ese es un conflicto que nunca pude resolver tampoco.

E2: igual los problemas son, como cuando uno... pasando a la definición y no solo a las relaciones interpersonales... una definición objetiva sería como cuando las cosas se desvían de lo que uno cree, según sus conocimientos, y los valores que tiene uno que se han formado en la escuela, se desvían de lo que, del camino que uno cree que esta bien. Porque a lo mejor llega otra persona con otro camino y considera que eso está dentro de lo normal.

I: ustedes han hablado de las situaciones de conflicto y se han enfocado en la experiencia que evidentemente acaban de vivir como internos, donde la mayor parte de los conflictos tienen que ver con, problemas de relaciones, pareciera, interpersonales y además una situación de estar viviendo una experiencia profesional intensa... pero en un contexto en donde todavía son estudiantes. Hay aparece un doble rol en donde se les pide eficiencia como profesionales, pero se les valida al parecer como estudiantes. Eso es lo que he entendido hasta acá. Tratando de volver un poquito hacia atrás y como para dejar muy claro como ustedes definen una situación de conflicto ¿como la vivieron, que algo señalaba al inicio cuando estaban en cursos inferiores? ¿qué era para ustedes una situación de conflictos? algo dijiste Yanet, respecto de la experiencia y el trato con el docente (lo dijiste también tú, Paula) o con las guías clínicas. ¿Algo más que decir con respecto a esa experiencia? ¿algo más que decir de una situación de conflicto, aparte del trato?

E2: El no conocer algo, por ejemplo cuando vas en cursos inferiores y hay que hacer un tratamiento o hay que administrar algo y no uno no conoce o desconoce el fármaco; ¿desconoce qué hace? ¿Cuánto se da? no sé. Y todo eso genera conflicto. Entonces los conflictos son más puntuales, más fáciles de solucionar, porque uno va le pregunta a la profesora, sabe que no sé lo, no lo conozco y la profesora te guía y ahí se soluciona el conflicto. En cambio después no hay nadie que te diga así se hace, así se soluciona el problema. Uno lo soluciona solo y que cree.

E5: Osea son conflictos menos importantes...

E2: más de conocimiento.

E5: pero, ¿Son menos importantes?

E2: noooo, es la etapa.

E5 uno va avanzando y cada vez uno le va encontrando a los problemas. Claro no son nada comparado a lo que tengo ahora, pero en el momento es importante, era un conflicto, ya que uno se replantea las cosas, y te pones a pensar, entonces; uno va madurando... claramente

E2 y también ahí influye lo que decían las chiquillas, depende de la confianza que le de la profesora a uno y uno le tenga a la profesora para comunicarle el problema que uno no sabe, porque a veces si la profesora no te ha catalogado muy bien y decirle: sabe que no sé esto. está en juicio que si le digo, si no le digo y no hago nada, puede ser perjudicial para sus pacientes. Y si le digo y lo ve mal puedo reprobar, entonces se genera ahí un problema de interés.

E4 de repente el conflicto era hacer algo por primera vez, una técnica y no le salía bien a uno y era un conflicto que uno si le salía mal, entonces la profesora le decía que uno no está tan segura, y como no conoce las cosas.

I: Ya, O sea los conflictos han estado presentes en toda la formación. ¿y en el periodo de formación básica?

E2 ahí el conflicto era el carrete o clases (risas)

E1: ¿En el primer año dice usted? El conflicto era tener ramos con tanta gente y por ejemplo habían algunos ramos que no eran profes nisiquiera de la escuela. Entonces eran profes como tan volátiles que venían a hacer sus clases y se iba y nosotros no sabíamos a quien preguntarle y entre los compañeros tratábamos de buscar alguna solución pero no teníamos a quien preguntarle.

E1: El conflicto inicialmente se dio porque me viene a vivir solo acá, me encontraba solo. Era un aspecto interesante que podía influir en los estudios. El conflicto también es estar solo y no tener a nadie que te diga “estudia!” y entonces uno puede hacer lo que quiera y tiene que distribuir el tiempo y el conflicto mayor que se genera para mí, en mi caso, fue determinar ¿qué hacer? y poner tiempo. Si el sábado carreteo o el viernes salgo con mis amigas o voy al cine, si es que no tengo prueba el lunes, no tengo prueba el martes Entonces ahí ponerse la raya y los límites... dependiendo de las cosas que uno tenga que hacer.

I: Un gran conflicto

E4: Por lo menos para mí el conflicto era que cuando era chico le llevaban a hacer cosas que no eran como de enfermera, entonces uno se replanteaba porque no veía las cosas de enfermera, cuando uno quiere llegar a hacer altiro las cosas. Entonces empieza como un conflicto así como seguir en la carrera, porque nunca uno veía lo que podía hacer

E2 Si también era un conflicto el no saber de qué se trataba la carrera, porque como que te desilusionas de la carrera. Le preguntatas a compañeros de segundo porque no ves nada de la carrera. Te dices : “no creo que estudie 5 años para esto”, después en realidad era más y uno va conociendo la carrera cuando está en el internado, uno ya está terminando el internado y recién viene a palpar lo que es. Porque después te queda mucho más por aprender creo yo y mucho más que enfrentar

I: Así parece. A ver, vamos a ir a otra pregunta. Frente a una situación de conflicto, cuando nosotros nos enfrentamos a una situación problemática, nos vemos normalmente en la necesidad de tomar una decisión, la mayoría de las veces. Llevado esto al ámbito de las prácticas. ¿En qué se basaban ustedes cuando debían tomar una decisión frente a estas situaciones que para ustedes eran de conflicto?

E4 : Yo creo que, como, en los conflictos de técnica o de procedimiento al principio de la carrera. Uno más que nada se basaba en el marco teórico, en los conocimientos que le había entregado la escuela para enfrentar ese conflicto, tratar de solucionarlos solos o preguntarle a una profesora por una base teórica acerca de ese conflicto. Y mas adelante yo creo que con las experiencias recopiladas con los años y de la observación también que uno tiene cerca sus enfermeras clínicas o su enfermera docente. Yo creo que esas fueron como las herramientas más utilizadas para enfrentar los conflictos

E2 MMM igual Yo me base para enfrentar mis conflictos en una de mis sesiones puntuales por ejemplo el haber visto ya, o haber vivido esa situación, pero no la maneje yo, sino a lo mejor la manejó una enfermera y no principalmente las enfermeras guías y a lo mejor a uno no le generan la confianza y como que no... porque uno ve que toman decisiones la enfermeras y uno las analiza, piensa y dice que haría yo si hubiese estado ahí y después te tocó al final y tomaste la decisión según tus conocimientos y según lo que hizo ella, que en cierta parte a lo mejor la encontraste bien, pero tu harías algunos cambios y lo haces. *Entonces la decisión va en la experiencia que viviste, en como el guía que escuchaste o que tuviste y los conocimientos, que eso es como la base.*

I ¿algo más en que se hayan basado para tomar decisiones?

E2 Porque De repente hay profesores que como que te quedan en la mente, le pasa un problema y es como que le está hablando el profesor, “no ha que hacer esto...”y es chistoso. A varios les ha pasado que hay profesores que te quedan en la mente, o situaciones o palabras que te quedan en la mente y en algún momento las recuerda como el inconsciente, te las lanza al consciente.

E4 *Me ayuda es estar tranquila siempre, pienso antes de hablar, busco la mejor forma y que todo tiene solución. Y una parte de ahí, esa es la forma de resolverlo, con esos tres pasos, porque si uno toma decisiones muy rápido de forma muy apresurada. A lo mejor termina con un mayor conflicto, entonces la mejor decisión es estar tranquilo, ver la experiencia que hubo antes como fue y mejorar. Analizar porque lo hice mal o buscar otra soluciones y hacerse un análisis uno mismo de por qué ocurrió ese conflicto. Qué cosas pasaron que me llevaron a eso y tratar de ir solucionando así el conflicto de otra forma.*

I: Cuando la decisión no ha sido la mejor y ha habido un error, eso ustedes piensan que tiene... bueno la sanción viene cierto, especialmente cuando están en formación. Pero el vivir esa experiencia ¿tiene alguna utilidad?

E2 Siiii, Ahí dice uno: “nooo, lo hice mal” y qué cosas no... porque si se produjo un daño mas o menos grande o un daño medio, se dice “ya nunca mas voy a tomar esa decisión, porque se genero un conflicto” entonces pasa a buscar otro apoyo. Por ejemplo otro profesional, por ultimo un libro, cualquier cosa. Pero generalmente, incluso los otros profesionales tampoco saben, a lo mejor hay cosas que no manejan y uno tiene que averiguar y después tratar de resolverlo. Pero noooo el equivocarse o el tomar una decisión mala es como que te genera un shock grande igual, por lo menos en mi caso.

E5: Es como nunca más lo voy a volver a hacer y después si me equivoco en eso, lo he analizado en lo que me equivoqué, y lo haces mejor.

E1 De una forma va formando el haber cometido errores durante la trayectoria.

E5: Es muy importante quien te va a decir que te equivocaste y cómo te lo diga, y que te diga: “sabes que te equivocaste pero esto se puede mejorar y si no vamos a buscar otra forma”, pero es la manera. Porque si no te da una depresión que no te explico y tu autoestima se disminuye y tu te vas a sentir incapaz de seguir adelante y vas a querer dejar la carrera. O se dice “bien, me equivoqué, asumo que me equivoque y voy a tratar de no volverme a equivocar.

I: A ver, de lo que entiendo, al tomar decisiones ustedes me han señalado el conocimiento como una base importante, las experiencias también. Pero hay en lo personal ¿creen ustedes que hay algo en lo personal o individual que permita tomar mejores o malas decisiones tiene que ver eso con la personalidad de cada uno?

E5: Si, influye.

E4 Tiene que ver la personalidad en la forma en u yo voy a reaccionar frente a un problema. Hay gente que tenemos personalidades fuertes. Yo tengo la personalidad fuerte y yo creo que me caracterizo bastante por ser una persona como confrontacional, y si hay un problema voy y lo hablo. Pero hay personas que no son así, que son más tímidas, que les da más miedo enfrentarse a otras personas. Entonces, en el ámbito profesional, bueno y como en todas partes, hay gente pilla, que dice “ah este es un pollito nuevo, si yo hago esto y lo dejó pasar a la primera, a la segunda también lo va dejar pasar porque la ven chica flaca, no sé pos’ y si no afrontaste un problema una vez ya quedas marcada de que a lo mejor mas adelante no lo vas a hacer, o si lo enfrentaste de cierta forma también ellos te van a clasificar de cierta forma. **Por eso yo creo que la personalidad es algo súper importante en como yo enfrente el problema y como yo guío mi acción**

E2: Y **es la creatividad que tenga uno, porque para resolver los problemas** hay que ser creativo. Y conocer el equipo, por ejemplo hay ciertas personas que necesitan repetirles las cosas varias veces y hay ciertas personas que lo hacen solos, que uno lo dice y lo hacen. Pero hay ciertas personas que cuesta más y hay que

buscar la manera de que te hagan caso o de amarrarlo con algo, por ejemplo: “haga tal cosa”. Y tu conociendo a la persona sabes que no lo va a hacer, pero al menos tu lo amarras a que sabe que tiene algo que hacer. *Ahí está tu respaldo también porque tu ya dijiste que se hiciera, se dio la indicación. Entonces si lo dejé registrado ya la persona está en la obligación de hacerlo y está el fundamento que uno lo hizo.. Bueno no se una preparación, poner un brazalete.*

I: Pero esta forma de enfrentar, como dices tú, la creatividad para enfrentar la eventualidad de tomar una decisión. De si se le va a dar la orden o lo vas a pedir por favor o si lo vas a dejar simplemente por escrito porque tu presumes que el simplemente lo va a mirar. Esa decisión que tú tomas, esa forma de enfrentarlo, ¿eso tú lo tienes ahora? ¿lo tienes desde antes? ¿Tu llegaste a la escuela con esa forma de enfrentar la vida para tomar decisiones en la vida Aaron, como ha sido?

E2 no viene con eso

E1 Si, Yo creo que cada uno viene con eso, depende de cómo uno se relaciona con la familia y los amigos con cualquier gente, si lo vemos considerando a las personas o hay gente que les da igual. Por ejemplo yo considero a la otra gente y si tengo un problema en la práctica y siempre está involucrada más de una persona, entonces ¿que voy a hacer yo?, voy a mirar las distintas posiciones, qué pudo haber pasado, para poder entenderlo. Hay gente que no lo hace, que no ocupa ese patrón de crianza y no no mas, no considera eso. Ocurrió algo mal y ¿que pasa?: reaccionan no mas. Y a lo mejor eso también lleva a que lo mejor se tomen malas decisiones

E2: importa mucho la formación en la familia yo creo, porque igual en algunos momentos los papas le van diciendo a uno lo que hacen. Pero llega un momento en que te dicen, te dan como la lección. *No sé como saben cuando uno está listo, entonces, te dicen por ejemplo, si tu fumas te puede pasar esto y esto. Y es dañino y tal cosa. Y si salen hoy día a carretear mañana van a estar con sueño no vas a estudiar y ahí uno elige, elige que hacer o ve lo que uno quiere, entonces después se te hace más fácil tomar otras decisiones porque ya las venias tomando desde cuando tenias 6 años. Y te dejaban tomar, a lo mejor decisiones menores, pero las tomabas. Tomabas decisiones como ¿qué juguete querí? Uno elige. Ya estai' tomando decisiones y uno pasa a elegir.* Te dicen “este porque no me alcanza la plata o este otro porque es más bonito, me gusta a mí”. O incluso en la ropa. *Entonces comenzamos tomando decisiones pequeñas, después un poco mas grandes, o incluso decisiones enormes ahora cuando una ya está más adulto.*

I Ahora, pensando en que la toma de decisiones es fundamental en el desarrollo profesional y en el desarrollo de esta profesión, ustedes me imagino que han escuchado ya, bastante, lo importante que es saber tomar decisiones. Y ustedes hoy día están terminando la formación. ¿Ustedes creen que la formación que les dio esta escuela Ha favorecido el proceso para tomar decisiones en el ámbito de la practica?

E5 Sí, yo encuentro que sí. Yo creo que una de las cosas que doy gracias a la profesoras es como fueron con nosotros. Hay dos grandes diferencias de uno cuando es interna, y yo creo que todos nos sentimos, y nos han dicho muchas veces que no nos creemos el cuento del ser enfermera. Por lo menos a mí me lo dijeron, como que les falta esa prestancia esa llegada de que soy interna, pero soy enfermera a la vez. A mí me lo han dicho como varias veces, que nos encuentran como muy pollitas, como que todavía estamos pidiendo permiso; comparado con otras universidades privadas que desde segundo se creen enfermeros. Que desde segundo ellos van y “lava tu porque yo no lo voy a hacer”. Yo una vez desde la posición de interna me di cuenta, de que si las profes no hubiesen estado interrogándome todos los días, preguntando todos los días no nos dan la seguridad para después adelante o ya de internas plantarnos y decir sabes que, tu lo estás haciendo mal por esto, por esto y por esto. Está bien tu eres la alumna, yo soy la interna pero los conocimientos son al final los que valen, o sea. Yo creo que la seguridad en como nosotros actuamos ya como internos, nos la da netamente el conocimiento. Entonces a mí me tocó varias veces ver a otras universidades, otras niñas de otras universidades que en verdad, “ellas eran las enfermeras y de tercero”. Pero ellas llegaban y mandaban y todo, cosa que yo no hacía. O cosas que uno cuando esta con personal nuevo y tiene que tomar decisiones, tiene que ser la cabeza del grupo de enfermería o por lo menos de la sala, cuando uno le pasan una sala. Pero ellas llegaban así todas mandando y no habían docentes que estuvieran a veces con ellas, las dejaban solas y era uno la que tenía que estar como pseudo a cargo o fijándose en lo que hacen. Y yo creo que en ese instante uno de verdad se posiciona del rol y dice “no pooo’, yo estoy a cargo de la sala, yo soy la enfermera”, y ahí me acordaba de usted o de la profesora Angélica. Y yo misma a veces le preguntaba a la niña ¿por qué estas haciendo eso? ¿Por qué lo estás haciendo de tal forma y no de otra?... eeee mmmm eee ee... Entonces está malo, si no sabes hacerlo, si no me das una razón del por qué es así. No sabe.

E4: Yo creo que aparte de los conocimientos es un como las profesoras se comportan en los campo clínicos de la escuela. Que te enseñaran a decir la verdad ante todo, porque alguien hace un error y se queda callado. El comportarse con responsabilidad y si hay que llegar a las 8, es a la 8. Cosas que marcan la diferencia con otras universidades. Yo creo que ahí estamos... crecimos bien

E5 Y la forma de la entrega de turno. Si a mí me tocaba profe gente de tercero de otras universidades y que era casi tuteándome. “Oye este paciente esta así, está así” y uno de repente los ve tan pares igual, tienen dos años menos que yo. Pero ahí uno dice oye, “somos profesionales o no somos profesionales”. ¿Cómo nos enseñaron a entregar turno? A mí desde segundo me enseñaron así y si no era así estaba mal y si estaba malo me llevaban para afuera y mañana como entregan turno. Entonces yo creo que la enseñanza que nos dan, nos da un parámetro enorme para después llegar y compararnos y sentirnos bien. Que yo haya dicho “pucha, me carga la profe no sé, no quiero estudiar más”, ahora uno se le agradece y dice “me hicieron profesional desde segundo”, aunque estuviéramos lavando potos, sacando chatas y todo. Porque

E4 claro porque te estabas ganando el puesto, porque te estabai' ganando el campo.

I: esta formación que ustedes están hablando de que esta formación les permitió sentirse profesionales. Vamos más al fondo, profesionales que toman decisiones. ¿La escuela les entregó las herramientas para poder tomar decisiones? porque, Paula, tú has dicho que te entregó conocimientos, ¿esos conocimientos fueron suficientes para tomar decisiones?

E5: Sí si yo considero que sí. Que el conocimiento te da seguridad.

E4: Pero yo también creo que además del conocimiento uno tiene que tener otras herramientas. Puede haber una persona que sepa mucho, mucho, mucho. Pero si no tiene la personalidad para pararse adelante de un grupo y decir “pasa esto y esto”, yo creo que a la vez haría falta un taller de liderazgo de esos que existen, porque puede sacar mucho potencial de las personas, y tal vez los que vienen de cursos más chicos vendrían con otra... otra prestancia, porque porque en realidad es un taller en que te enseñan a hablar mejor, a mirar distinto, que haya una concordancia en lo corporal y lo verbal, ya que personalmente soy muy expresiva y no me acompaña mucho en la actuación. Y es que si tuvieras un ramo o un taller de liderazgo te enseñan a mirar más allá. ¿No sé si tu tuviste la opción Aaron? Una cosa son los conocimientos pero si los conocimientos, no eres capaz de llevarlos a la realidad te quedas con los conocimientos.

E2 Es que los conocimientos se juntan con las características personales.

E3: A eso voy, porque a lo mejor no todos tiene la capacidad para hablar, no todos pueden decir “no” o “sí”, o “vamos a hacer esto y esto”. Pero si tu de chiquitito le enseñaste en un taller, cuando estamos en primero o en segundo, a lo mejor muchas habilidades serían mejores. A mi me costaba hablar y me hubiesen enseñado a hablar y a buscar soluciones. Se potencia llegando al internado la posibilidad de resolver las cosas, sería mejor

E2: Lo que si encuentro yo que a lo mejor nos haría bien en los años menores, de dar un tiempo, a lo mejor que no sea con una docente, sino con la misma discusión entre los estudiantes, pero que esté la instancia. O quizá podrían ser talleres, en los cuales, dentro de la semana a uno siempre le pasan cosas y que uno comente esas cosas y que todos discutan en torno a eso y las decisiones que se toman, creo que nos daría mayor fortaleza y aparte si se acompaña con una profesora sería favorable también porque, estar en un ambiente más de contacto con la profesora, más de conversación como lo estamos haciendo ahora, se genera mayor confianza para después ir al internado y conversar con ustedes. Incluso problemas éticos que se conversaran, que se den ciertas situaciones, problemas de conocimiento o errores que se produjeron de cualquier persona del internado, porque en el internado o en el práctico. Porque al practico vamos 5 o 6 y les pasan distintas cosas y los 6 aprenden distintas cosas todos los días, pero si se compartieran esas cosas o se conversaran, uno aprende más. Por ejemplo yo con Victor que me acompañó en varios prácticos, compartimos bastantes experiencias. “Yo hice esto, mira. Y se hace así, se hace acá y tú ocupa esta

metodología y esto, y esto”, y lo que estudiamos al otro día lo conversamos y yo creo que aprendimos bastante. Y supimos sacar adelante ciertas situaciones, nos ayudábamos mutuamente, entonces yo creo que, a lo mejor no somos todos amigos dentro de los grupos, porque entre amistades es más fácil que se dé. Pero si por ejemplo, el práctico dura hasta las 12, al otro día se consigue una sala y una o dos horas a la semana que se diera la instancia, con las mismas profesoras, incluido dentro del mismo práctico. Por último llegan con sus problemas acá o su situación anotada, y la profesora también se va a dar cuenta de cómo lo solucionó y ella te puede también guiar y ella también vive situaciones y ve la situación de otra manera.

E1: Eso sería bueno, porque generalmente estamos como 6 en un práctico, entonces yo creo que la profesora también se sobrepasa con tanto estudiante y sería una buena opción. **Porque igual nosotros cuando estamos como estudiantes, como que siempre tomamos una figura que es como el ejemplo; que puede ser la profesora guía o una enfermera del servicio. Entonces como que vamos adoptando ciertos patrones de respuesta frente a nuevas situaciones y eso también, el estar con una profesora tantos estudiantes, dificulta y a veces perdemos como el... se pierde el horizonte digamos.**

E2 Yo creo que estas cosas hacen que las profesoras vean lo que están viviendo los alumnos, y cuales viven más cosas o menos cosas. Y enfocarse a ese que es el que está más débil quizás. Y claro también le sirve a la profesora, porque como no los ve y no ve lo que hacen. Sirve para que vean lo que está viviendo cada alumno.

E1n Eso es súper personal de cada profe también, porque no todas las profesoras tienen la misma forma de llegar a los estudiantes, porque hay profesoras que habían antes en la escuela que eran dictadoras y que éramos casi militares y tenían que casi formarnos. Y hay profesoras que, si bien son un poco maternas, también son como las mamás de enseñarnos y guiarnos. Entonces eso es de cada profe.

E2: Pero Lo importante es que si ya se genera el que estén y **esté la profesora sea como sea, ya va a tener que hablar y va a tener que decir: es un problema; entonces el problema tiene distintos puntos de vista y distintas soluciones. Entonces todos van a opinar y la profesora va ser otra opinión más. Entonces se genera una relación más cercana, no solamente que llegó, que te revisó los registros, que te dijo esto está mal, esto está bueno, esto hay que corregirlo y se fue. Y nunca más la viste, nunca conversaste con ella lo que te paso en el día, y no sé pooooh', que ibas a dar o que casi ibas a dar un medicamento y te equivocaste.**

E1: **Y que la persona que ven los alumnos, ella es la que soluciona también, porque igual cuando somos chicos la profesora siempre está ahí, ella es la que nos va a frenar si uno se equivoca. Entonces esta instancia serviría para que el alumno pensara, como para él tratará desde chico de buscar la solución.**

E2: O a lo mejor la misma solución la tiene un compañero tuyo que ve distinto y...

I: Sí, porque hace un rato atrás escuché que el enfrentarse a la experiencia del internado era un choque porque ustedes venían muy protegidos, y de repente los lanzaban,,... a su suerte, si se le puede llamar así, y tienen que empezar rápidamente a hacerse cargo y a tomar decisiones sin ningún apoyo. Pero me llama la atención porque dicen que ahora en algún momento dicen que en la experiencia clínica están solos también y que el profesor llega escasamente, como son tantos estudiantes, a señalar cuál es el error y luego se va. O sea, la experiencia práctica está más bien orientada, hacia corregir pero en base al error y pareciera que no tienen las herramientas para estar preparados como para no cometer tantos errores. Mi pregunta es si ¿ustedes piensan que hay, como señaló Paula, que sí que ella sentía que había recibido el apoyo de la escuela para sentirse hoy día una profesional. Llevándolo al contexto de la toma de decisiones, ¿qué ayudas creen ustedes que han existido en la escuela, ayudas concretas para apoyarlos a ustedes a desarrollar el proceso de toma de decisiones para una formación con autonomía?..... ¿Se sienten autónomos ustedes?

E2: Sí pero, yo creo que no fue algo que nos dieron, sino que ya estaban los conocimientos, pero faltaba eso de tomar la decisión de un día levantarse y decir “ya, hoy día voy a hacer tales cosas y yo soy el enfermero”, pero ese cambio brusco se genera en urgencia. Cuando uno va al quinto, ese es como el porrazo que uno se da y ahí despierta. Y el porrazo duele y muchas veces a algunos los deja reprobando, porque en urgencia las exigencias son así como de internado. Es iluso igual tomarlo, por eso pocas personas... Es iluso también los objetivos también y hay que modificarlos un poco ahí, perooooo a la larga yo veo que nos sirvió porque ser tan exigente y que nos exigieran las cosas en poco tiempo. Porque te diste el porrazo, te diste cuenta que pucha te faltaban algunas cosas, te hicieron una crítica, que teníai’ que verlo de otro punto de vista, que teníai’ que ver lo que hacían los demás, porque tú ya estabas a’cárgo de los demás. Pero en ese momento te veí’ no más y con suerte ¿qué hacías?; lo mirabai’. Entonces ahí ya se produce el porrazo, en las vacaciones uno piensa todos los días en el internado y reflexiona que va a hacer y que no va a hacer. Y uno se machaca, por lo menos en mi caso, y pienso como voy a llegar con que personalidad voy a llegar, como lo voy a hacer que me dijeron en la escuela que tenía que hacer, que modelo tengo que entregar. Que algunas profesoras me dicen: “si tú tienes una línea y sigues por esa línea todos van a verte que siempre vas así. *O sea, lo que dices y lo que haces en congruente, entonces entregas una percepción tuya única y genera que si tu das una orden un día a alguien, entonces “va está bien, él llega todos los días temprano”, como un modelo. A la larga uno pone la práctica eso, el porrazo que se da en urgencia, la reflexión y empiezo a practicarlo, ese es mi caso.*

I: ¿qué piensan ustedes?

E2: Y los primeros días de internado igual uno reflexiona hartoo; uno sale del internado, bueno hace sus tareas y el tiempo que tiene para dormir o el tiempo que tiene libre, está pensando en todas las situaciones que le tocaron en el día y todo lo que tiene que hacer y todo o que tiene que manejar, y como quiere llegar a ser y que le falta

E4 : Yo creo igual que una cátedra que me sirvió fue Gestión, con la profe Jara. Creo yo por lo menos que nos dio como el lineamiento para comportarnos en el internado: “así es un líder”, “esto no es un líder”, “esto pasa”, “esto no pasa”, “si ustedes se comportan así va a resultar esto así y yo creo que frente a estos temas miren, evalúen”. Yo creo que ella fue, personalmente, quien me dio como la pauta para ver cómo me comportaba y resolvía en el internado. Y así de claro, con diapos y con papel, escrito. Colocando situaciones: ¿y que harían ustedes? y así practicábamos, en casos hipotéticos, y en la realidad era distinto. Pero en el fondo como ya lo había visto en papel ya había algo, ya teníamos la forma, creo yo.

E2: Pero es que si uno lo deja en el papel no más y uno lo piensa, no. Se te hace más fácil gestión cuando uno lo hace. Cuando uno lo ve y dice “ya, ¿por qué esto?” y te vai’ imaginando que tení’ que planificar, entonces tení que fijarte en qué cosas. Y pa’ organizar tení’ que ver todas las cosas. Entonces como que uno se imagina cuando está estudiando, porque hay personas que, sin criticar a nadie, se les hace difícil el ramo porque se intentan aprender todo de memoria y no ponerse en una situación, y decir esto me sirve pa’ hacerlo. Incluso en el internado también, uno ve que ciertas enfermeras lo que les enseñaron se les olvidó. Que no se acuerdan o que si se lo aprendió, pasó.

I: Pero esa herramienta en gestión, ¿les permitió trabajar y tomar decisiones de manera más fácil en la práctica?

Todos: Sí!

I ¿Hay alguna otra herramienta o alguna otra metodología que les haya servido durante sus prácticas, antes de eso?

E2: Presentación de casos y entrega de turnos.

E4: Yo creo que lo que quiere que digamos es el proceso.

I ¿Cuál es ese proceso?

E4: Yo creo que igual nos sirvió, es la herramienta fundamental que ahora nos sirve para ejercer nuestra profesión. Es lo que nos entrega el todo.

I: Eso es lo que decimos nosotros, ¿qué es lo que dicen ustedes?

E4: Claro, porque en la práctica igual, para saber las intervenciones que necesita un paciente en especial, tenemos que aplicar el proceso. Implícitamente, no necesariamente con todos los diagnósticos y todo lo que hacemos en el papel, pero uno ya está tan acostumbrada y tan mentalizada a trabajar así, que lo hace igual. Te

sale natural. Yo creo que a todas nos pasa que nos sale naturalmente, pensamos naturalmente así. Porque hace 5 años que llevamos pensando así.

E3 En un principio, paso por paso, hay que preguntar cada cosa. Pero después es como que van formando una forma de pensar, que después cuando nos toca tal persona, con tal problema de salud, ya no tenemos que preguntarle, no sé...

E3: Tantos detalles, ya sabemos lo más importante, lo más esencial, para dónde va.

E3: Yo creo que después a lo mejor, fue necesario que fuera tan cansador en el momento, porque fue la forma en que se nos integró. Ahora con toda la gente, hasta con los amigos se sale: “¿por qué te pasa esto?”. (risas)

E2: Tiene como la estructura ya de pensar, de hacer el diagnóstico. Es como que uno ve el paciente, ve la patología y a veces a la enfermera eso es lo que le falta porque a veces hay cierto paciente con tal patología y en eso se quedan. Por eso que se producen errores, cuando no se po', salió y volvió a las 3 semanas por lo mismo, entonces ¿qué pasó? Y claro que influyen los recursos, por ejemplo las enfermeras se ven sobrepasados, si esa es la realidad del sistema público por lo menos, y como se ven sobrepasadas no hacen las cosas tan bien como debieran y después se acostumbran a eso.

E3: Y priorizar también si entregamos un servicio, con el proceso podemos saber cual es más de riesgo vital. Por lo menos en mi caso sabía la gente que está en más riesgo vital, entonces ahí uno aplicaba plan de emergencia. Entonces con ese conjunto de pasos me pasaba que yo tenía que saber que ese paciente tenía prioridad antes que otros.

I: He escuchado durante bastante rato que hablan ustedes de lo que significa equivocarse, cometer un error, tomar una decisión incorrecta, en razón del sentimiento que tienen ustedes, del punto de vista de la culpa o de sentirse responsables. Eso tiene bastante relación con la dimensión ética, la dimensión moral, la dimensión valórica. Esos aspectos, que yo entiendo que vienen del hogar, con esa intensidad con que ustedes las señalan hoy día, ¿son los que ustedes traen del hogar? ¿o el estar en formación en esta carrera, los ha hecho dimensionar de esa manera el cometer un error con alguien, con una persona que está bajo su cuidado? Ustedes hoy día lo ven así, ¿siempre lo han visto así? ¿o hoy día que lo ven así?. Porque me suena mucho la toma de decisiones, en razón de, no hacerle daño a otro, por la responsabilidad que significa dañar a otros, por el rol que están ustedes desempeñando.

E2 es como lo mínimo que se exige en la carrera. No hacer daño, y el otro lado; la beneficencia llega hasta el límite de los recursos que tiene uno. Porque, a lo mejor si tuviera más tiempo, le haría más beneficio a ciertas personas. A lo mejor haría mejores intervenciones y sería regio; pero no siempre es así. Pero lo mínimo es como no hacer daño y abogar por la salud de la gente.

I: ¿Y podría ser un criterio para tomar decisiones el aspecto ético?

E4: Sí, porque acá en la escuela es donde lo dimensionamos, porque en nuestras vidas, como usted dijo antes, igual teníamos esos principios a la escala que estábamos viviendo. Pero ahora veíamos en el hospital una persona que estaba realmente en malas condiciones, y que había que asearlo para ayudarlo. Entonces ahí recién vemos que cuando está en juego una vida de alguien, o que sabemos que alguien está bien ahora, pero que si se complica, también puede estar en riesgo su vida. Entonces ahí vamos dimensionando, y siempre vamos tratando de hacer cosas para no seguir dañando.

E2: Yo quedé en shock cuando una vez me equivoqué y puse en riesgo la vida de un paciente fue como nooooo..., trágico, un momento en que no sé. Sé que a lo mejor reflexiono mucho, pienso mucho después. Igual a lo mejor bajai' dos peldaños de donde estabai', porque me las creía todas, me las sabía todas, hacía todas las cosas. Fui, te pegaste el porrazo, te equivocaste, pucha. Y después soy más meticulouso en algunas cosas y no las tomái' tan a la ligera. Y te dai' cuenta de que las dudas se resuelven y se preguntan algunas veces. No hay que ser tan autosuficiente y autocapaz, porque a veces las cosas se escapan de tus manos, necesitai' ayuda y teni' que ser humilde y afrontar que la cosa te superó. Porque es un rasgo de cada personalidad, porque hay personas que a lo mejor son todo lo contrario y preguntan mucho y son muy meticulousas en sus cosas. Y otras personas que se tienen tanta confianza que creen que nunca se van a equivocar. Y hay otras personas que son como medias. Entonces hay que ir buscando el equilibrio.

I: La duración del tiempo de práctica que ustedes tenían, ¿los apoyaba y los ayudaba a mejorar su capacidad de tomar decisiones, el tiempo que estaban en práctica?

E1: No, era súper poco. Eran tres semanas, cuatro semanas, con suerte era un mes.

E4: Depende de los ramos también y depende de los objetivos del ramo. Porque en segundo a lo mejor no se necesita tanto más tiempo en estar haciéndose confort, porque uno lo aprende bien. Pero ya en ramos en que uno está trabajando ya con personal y con medicamentos o a cargo de un paciente. Quizá uno necesita de más tiempo para lograr un objetivo mayor que es no sólo relacionarnos con el paciente, sino que también ver cómo nos vamos a relacionar con el equipo. Que podría ser un objetivo menor dentro del mayor que va a ser, no sé, el conocimiento, la adquisición de aptitudes o algo así. Pero que nos vaya induciendo de a poco en el manejo del personal. Quizá eso podríamos alargarlo un poco más para cumplir ese objetivo, que es pequeñito al principio, pero que después lo vamos a notar.

I: En la escala de uno a diez, frente a la escala para tomar decisiones; el conocimiento, ¿en qué lugar lo pondrían?

E4: como en diez.

I ¿y las experiencias?

E5: Ocho.

E4: Sí, ocho.

I: El componente ético, ¿qué importancia tendría en uno a diez?

Todos: Diez también.

I: ¿Hay algo más que ustedes quieran?

E2 El conocimiento empírico al final no es el que vale. El que vale al final es la ciencia dura. El conocimiento empírico puede variar dependiendo de la situación y las personas son distintas y las condiciones son distintas. Así que alguien con dos patologías no lo podi's manejar igual como manejaste al de otra sala con una. Es la ciencia la que vale no el conocimiento empírico.

E4: Y claramente si hay gente que ponga en duda tu decisión, “yo quiero que se haga así”, “¿por qué?” “por esto, esto, esto y esto”. Perfecto, se hace así porque es lo que dice la teoría, el papel y uno se lo sabe y uno lo entiende. Pero hay gente que hace las cosas de cierta forma, y uno le dice: “pero es que así no se hace”, responden “¿y por qué?”, “porque puede contaminar si hace esto y esto”.

E2: Es como lo que pasa mucho en las familias. Todos le hacen caso a la abuelita que tiene más experiencia. “Yo la mejoré a tu mamá con esto de la güatita, y ahora mejora a sus nietos”, pero justo a sus nietos, el que seguía, no lo pudo mejorar. ¿qué pasó? “No es que así lo mejoré con todos”, pero ahí el conocimiento falló, porque a lo mejor tenía otra cosa. Es que es conocimiento empírico, sirve pero hasta cierto punto.

I: Y el hecho de estar en un campo clínico, en donde, como dijeron al inicio, el clima laboral es complejo, ¿influye en la toma de decisiones? ¿les afecta?

E4: Yo creo que en un clima laboral complejo uno se cuestiona más aún la decisión que va a tomar, en el sentido que si uno sabe que el equipo te apoya o te ayuda o que al menos tienes buenas relaciones con ellos y tu vas a tomar una decisión y ellos te va a apoyar, o a lo mejor la forma en que te van a decir que te equivocaste o “yo considero que esto es así” o uno lo escucha, va a ser completamente diferente a un equipo que está en oposición a la enfermera. En el que la forma de expresarse no va a ser la mejor y la forma de darte a entender que no están de acuerdo, tampoco quizás va a ser la mejor. Entonces en un equipo en que uno tiene conflicto, uno se va a cuestionar mucho más cómo lo va a hacer, cómo lo va a marcar, cómo lo va a decir y cómo se va a expresar, para que tal vez el ataque no sea tan fuerte como te lo esperas.

I ¿Pero la formación que has tenido te permite decidir hacer de todas maneras lo que esperabas hacer? ¿o tú crees que en ese caso, si el clima laboral es muy adverso, el equipo no te está apoyando, la formación no es suficiente?

E3: No, yo creo que la formación nos dio las herramientas como para poder manejar un equipo así, y no autoritariamente, ni que aquí mando yo porque soy la enfermera. Sino que yo creo que nos enseñaron el cómo comportarnos y cuales son las directrices a seguir cuando tenemos problemas, porque eso nos pasaba en teoría y todo. Pero ahí uno lo pone a la práctica. Pero de que hay un lado duro y que nos enseñaron a hacerlo, de ahí a que nosotros lo llevemos a la práctica ya es diferente. Y cada uno lo va a llevar o lo va a realizar de acuerdo a la forma que tiene de cada persona como tiene de ser, o a la forma de cómo está presentándose el equipo hacia uno. Pero yo creo que las herramientas están. Es como que nos pusieran ahora a cada una en un lugar diferente y yo creo que nos vamos a saber defender igual, porque tenemos las herramientas.

I: ¿Están de acuerdo?

Todos: Sí.

E3 Yo creo que tiene que ver mucho con las características personales de cada uno, no solamente que uno pueda saberse muy bien teóricamente cómo resolver un problema, pero si uno tiene una personalidad introvertida, o tiene otras características, no lo va a hacer. Y no va a resolver el problema como tan bien como se espera. Yo creo que eso lo tiene que cultivar uno desde pequeño, de chico, desde que entra a la carrera empezar a cultivar sus características personales y a endurecer un poco la personalidad también.

I A propósito de lo que tu dices Andrea, respecto a la personalidad. Yo debo decir que uno de los aspectos que se evalúan en la docencia con el estudiante es la actitud frente al equipo, frente al usuario, frente a otro. Y también sé que se le señala de repente al estudiante en distintas formas que a veces la timidez le afecta en su desempeño. Y, de hecho, tal como tu dices y como dice Paula, se señala. Nosotros lo decimos: “te notas un poco tímido” o “te noto demasiado tímido, te cuesta, trabaja en eso”, que es lo que normalmente debiera decirse. Pero mi pregunta es: cuando el docente te lo señala ¿ustedes creen que la formación de la escuela, las docentes de la escuela o las distintas asignaturas, les van entregando las herramientas para superar, en aquellos estudiantes que quizás, por personalidad, son un poquito más tímidos y les cuesta más enfrentar estas situaciones?, ¿la escuela los ayuda a superar eso o finalmente cada uno de los que puede haber tenido un poquito más de timidez o ser un poquito más introvertido, ha tenido que buscar en otra parte, resolver esa situación, para poder sacar adelante los objetivos señalados en las prácticas?

E4: Yo creo que nos ayuda medianamente. Un ejemplo, yo creo que solamente te avisan; te avisan pero también en los cursos mayores: cuarto, quinto. Donde te “obligan” a presentarte delante del curso, a hablar, eh... tener puros trabajos de seminario, eso igual te ayuda algo. Pero yo creo que la escuela debería entregar

talleres de liderazgo, un taller de desarrollo personal, pero que sea como más mmm... La escuela debería tener una instancia y que ayudara a los estudiantes que se encontraran en desventaja y que fortalezca los objetivos y las características más acertadas. Porque yo creo que después en quinto después serían excelentes enfermeros, las personas que ya tienen las características para resolver problemas, para las que hablaban como de liderazgo; en quinto serían excelentes.

E5: Yo creo que las profesoras no hacen ver, porque por ejemplo, mi caso no es como la idea, es al revés. Soy como súper dura, me gustan las cosas bien cuadradas y soy como bien fuerte, entonces me dijeron que eso me podría jugar en contra en un equipo. Entonces me dijeron que tratara como de calmarme y no ser como tan cuadrada y escuchar como a los demás para que yo no tuviera problemas más adelante. Eso me dijeron cuándo, igual era más chica. Entonces cuando llegué a mi internado, traté un poco de cambiar eso. Si bien, ves que igual sigo un poco cuadrada, yo traté de cambiar eso.

I: ¿Tu estabas de acuerdo con eso?

E5 Claro, es que todos saben que yo soy así po'. Entonces las profesoras me lo hicieron saber, pero de buena forma y yo cuando llegué al internado igual traté un poco de cambiar eso, para no llegar a un equipo que me tuviera miedo. Y a mí me sirvió hartito, los consejos a uno le hacen ver. Yo creo que nadie le puede decir: "oye, haz esto", porque eso es de cada uno. Entonces después uno lo analiza y trata de hacer caso.

I: ¿Y eso te ayudo luego frente a situaciones, a problemas?

E5: Sí, osea sabe que yo llegué como bien fuerte y después igual cambié un poco. Igual escucho y eso lo aprendí acá. Y con mis mismos compañeros que me lo decían y la cuestión.

E5 Y es complicado, porque después cuando uno llega a un equipo compara. Eso es una de mis mayores características, de repente llegábamos las dos con la Pame al internado, y una de una personalidad muy marcada y una como un poco más piola. La gente te encasilla al tiro, desde la primera jornada. Desde que uno saluda cuando llega: "ah, ella es más así", "vamos a hablar con ella porque se ve un poco más accesible" "a lo mejor ella es más enojona". Entonces es complicado porque te hacen competir, aunque uno no quiera, te hacen como ver que una está haciendo algo y la otra no. O estamos compitiendo sin hacerlo en realidad nosotros sino que ellas te lo hacen, como ver. Entonces eso es complicado y es algo que se tiene que manejar. Así como las personas que son muy tímidas o las que son muy confrontacional, o que a lo mejor se presentan ante los demás como muy parcas o muy agresivas, es algo en que tienen que ayudar porque a una la comparan como interna, pero después te van a comparar con la enfermera del otro piso, con la del otro turno. Entonces al final, puede generar conflicto.

I: si ustedes se miran hoy día como estudiantes que están terminando una carrera, en donde tuvieron una formación, nuevamente en el contexto de la potencialidad para poder tomar decisiones ¿qué proyección ven

ustedes en esto, pensando que la toma de decisiones es uno de los elementos que favorecen la autonomía? ¿Qué proyección ven ustedes al trabajar con un equipo multidisciplinario? ¿ustedes trabajaron con otros profesionales? ¿cómo ven esos profesionales? ¿cómo los ven en razón de ustedes?

E3: Yo creo que eso depende bastante del servicio en el que uno esté.

E3: Y de la gente si es nueva o no es nueva también. Generalmente en Quillota, la gente más antigua es más reacia al trabajo con otros profesionales, en forma más horizontal. En un paro faltó un médico y no había nadie más, entonces tuvieron que considerarme y de ahí me consideraron siempre. Pero ven ese verticalismo siempre, en cambio tuve la oportunidad de compartir con internos de otras carreras de otras universidades, de acá de la región, y se podría lograr muchas, porque se nota que vienen con nuevas visiones. La gente nueva viene con la visión más integrada. Podríamos conversar de tal persona, que a este señor le pasa tal cosa y que opinas tú. Entonces se nota que en la gente nueva, ahí viene como la semilla. La gente antigua le cuesta, le cuesta hartito yo encuentro.

(TOCAN LA PUERTA Y LA GRABACIÓN ES DETENIDA)

I: de esta facultad

E1: Y también con niños de nutrición

I: nutrición no es de esta facultad, es de ciencias

E1 no, pero bien, o sea es que también depende de cada persona nos dejan de kine, de la Valparaíso, de la Católica y de la UPLA. Entonces eraaa, se veía, yo noté que algunos niños ... la parte teórica como que le da más la universidad, la desarrollan más. Otros como la parte más interpersonal. La Valparaíso era como la del medio, la Católica era como muy pendiente de la persona y todo. La de la UPLA, le salía todo muy bien y la Valparaíso era como el equilibrio entre lo teórico y lo humano.

E2: Yo en la atención primaria conocí, no era interna, estuvo como un mes de obstetricia. Pero ella, cuando llegábamos a las reuniones....

I: ¿de esta escuela?

E2: sí, de esta escuela, no salía de su box, no conocía el equipo, cuando llegaba a las reuniones, la presentaron, la tuvo que presentar la matrona. En cambio yo llegue con Karina; llegamos a la primera reunión y la supervisora me dijo: “tengo que ir a una reunión al servicio de salud”. “Mas rato hay reunión de equipo

de salud” y nosotros nos presentamos, intervenimos en la reunión, tomamos apuntes, dimos nuestras ideas y entonces, en el caso de ella en específico, nunca se sintió con el derecho de opinar, ni participar en la reunión o en la solución de algunos problemas que daban. Incluso después nos pedían nuestras opiniones. Consideraban que eramos como jóvenes y veníamos con otras ideas. Nos pedían Mucho en resolución de casos, en problemas que se daban en lo personal como lo manejaríamos. Nos consideraban mas que internos

E1: Somos enfermeras y la enfermera es integral, porque yo encontré que todas las demás carreras de la salud son súper, son enfocadas a algo muy particular. Entonces son como especialistas. En el fondo la enfermera tiene esa amplia visión, entonces es capaz y yo creo que es la encargada de integrar al equipo en todos lados y yo lo he visto en los distintos lados que me ha tocado ser enfermera también. Si es interdisciplinaria o es multidisciplinaria, si trabajamos todos juntos o trabajamos por el otro, ahí se nota, yo creo que la enfermera es la encargada de esa...

E3: Los becados, a ti te preguntaban: ¿vino? ¿pasó esto?, te dejamos todos los medicamentos y todo. El dependía de uno también, porque si no había sintonía

E5: Es que yo creo que el rol de las enfermeras, ahora con las generaciones más jóvenes se está posicionando en lo que somos ahora, o sea antes era la enfermera la que hacía lo que decía el médico y se acabo y no tenias mas ni voz ni voto, en cambio ahora.....

I: ¿Es más activa la participación de la enfermera ahora?

E5 A mí me ha tocado hacer curaciones de quemados en cirugía y era ¿que le vas a dejar?, ¿como lo encontraste? no venia el médico a decirme como hacer esto, sino que: ¿que podemos dejarle? “Esto”, y ¿tu consideras que está bien? Sí. “Perfecto”.

E3: Ese equipo en particular era bueno, era distinto, nos consideraba, (las dos hicimos el internado donde mismo) como integrantes del equipo y consideraban nuestra opinión y nuestros conocimientos y todo.

I ¿eso fue desde el inicio? ¿Desde que partiste el internado?

E4a: más o menos, ósea no me acuerdo en qué situación en particular partió, pero me sentí considerada desde el inicio y con todos. Yo decía yo me declaro incompetente en algunas cosas. De repente hubo un vendaje de quemado, porque tenía que ser compresivo y todo. Y yo llamaba a la kine: “por favor venga a ayudarme porque tengo esto”. Después coordinábamos toda las “balneo” (procedimiento específico en el tratamiento de quemados), cosa de que yo hacía la “balneo” y ella hacía los vendajes. Entonces al final trabajábamos todos en equipo, y era una cosa súper rica porque, ahí es cuando uno dice o el médico hay que hacer esto. Dile a la enfermera, a ver si te deja. Era casi así, iban donde nosotras: “hay que hacer esto otro”, y nosotras como que dábamos el pase. Ese concepto de enfermera dueña de casa, es tan real, es como que nosotras somos las dueña

de casa es tan real, todo lo que pasa y te lo dicen y te lo cuentan y te lo preguntan. Y se veía el lado contrario que era el trauma.

I: ¿Y eso era porque la enfermera que está en ese servicio tiene toda la confianza del resto de los profesionales?

A coro E5l y E3: Si

I: Y eso ¿ha ocurrido en todas las experiencias que tuvieron?

E2: En mi internado cuando el equipo, llegaba a hacer sus visitas y preguntaba cómo está el paciente, como ha evolucionado. Y te preguntaba tu opinión del estado de salud del paciente y te consideraban en todo. La nutricionista te preguntaba por un ingreso y cuando estaba con tiempo si te veían preocupado, se dirigían a ti y te preguntaban. Tal paciente tiene esto, dejémosle esto decía la nutricionista, o de repente el kinesiólogo: “sabe qué, esta paciente vamos a empezar rehabilitación”, no ha pasado noventa días pero voy a dejar una indicación, y pasó el médico y dijo “ah, perfecto. Está con kine motora ya”

E1: Es que uno está todo el día ahí, y el médico pasa un rato, uno está todo el día sabe el funcionamiento y llega el profesional y a quien se dirige es a una.

I: Ahora, ese trato, esa confianza que tiene el equipo depositado en la enfermera, ¿implica algún cambio en ustedes? ¿ha significado que ustedes se vean comprometidos a algo? ¿qué les significo cuando ustedes sintieron que toda la confianza de la evolución de los pacientes del servicio estaban depositados en la enfermera? ¿que sintieron?

Todos: responsabilidad

I: y esa responsabilidad, a quien...

E5: No son cosas nuevas, eso es lo que pasa, no es algo que no hayamos visto. Porque si sabemos algo en relación a la dieta, es porque lo sabemos y si intervenimos en relación a eso, es porque lo tenemos en conocimiento. No era algo que llegáramos a estudiar a la casa y ah voy a decir esto mañana sino que eran cosas que uno veía, y por qué esto, na que ver, es un conocimiento que ya teníamos. Entonces uno iba “sabe qué, yo considero que bla bla bla”, “ah ya está bien super bien” y listo. Era como que ahora hacíamos todo lo que siempre dijeron por cátedra. Ahora lo relacionábamos todo, éramos nutricionistas, éramos kinesiólogos, sabíamos de todo un poco, entonces éramos como capaces de intervenir, y de conversar con otros profesionales, en relación a un tema que lo manejaba más él, pero que nosotros igual teníamos conocimiento. Entonces eso a nosotros, yo creo que a todos, obviamente aumenta la responsabilidad, pero aumenta la seguridad. Y te empiezan incluso a pedir a ti, ¿como tú crees que va?, ¿le dejamos esto, le cortamos esto otro?. Y esa responsabilidad te da como el pie para uno seguir estudiando después, para que no nos quedemos

en eso, que cada vez leyéramos algo interesante, preguntábamos, preguntaba algo que no sabía y que me sirve o a la nutricionista preguntaba algo que no sabía. Entonces yo creo que como que ahora uno integra todos los conocimientos y es capaz de hablar con todos los profesionales, así horizontalmente y yo sé, y muchas veces los otros profesionales dicen yo no cacho nada de enfermería, no sé cómo tu sabes tanto de esto, si no es tu carrera... Bueno así nos enseñaron.

E2: Por ejemplo un caso específico con una nutricionista, una estudiante de esta universidad, llegó un día se acercó y me preguntó ¿cuál es la diferencia entre los isotónicos y los sueros? Así me preguntó yo... o sea, me asombró que ella no supiera. Porque debería, no sé si debería, para mí debería saberlo. Es que ustedes saben más, porque ustedes manejan esto. Ya y se lo expliqué y la ayudé y todo, pero me impresionó que una estudiante de nutricionista y no supiera los tipos de suero y lo que contenían. Era indispensable para ellos, porque no le iba a poner...

I: A ver, pero...

E2: Entonces yo le dije: “joven, ¿en verdad no sabe?”

I: A ver, pero ustedes señalan una actitud y una capacidad para enfrentar las situaciones de practica en internado y Aaron señaló que ese gran cambio lo tuvo cuando vivió la experiencia de urgencia, que es una cátedra profesional donde no van con docentes. Al internado tampoco van con docente. ¿Es efectivo entonces lo que dice Daniela, que al parecer esa docencia que ha sido tan apoyada o tan acompañada, no ha sido la docencia que les ha permitido desarrollar... han desarrollado conocimientos, pero no necesariamente las capacidades para tomar decisiones en estas situaciones de práctica? ¿O me equivoco en lo que interpreté?

E2 Es que yo creo que en la instancia de segundo, tercer año, es necesario tener una docente. Porque no estamos capacitados a lo mejor, no tenemos los conocimientos para tomar las decisiones. Pero podrían haber otras instancias como lo que habíamos planteado de... para que se haga así. Yo creo que en esos cursos son muy pequeños para..

I: Para desarrollar ese aspecto. Sí porque ustedes decían, dijo Paula, que las estudiantes de otras universidades en segundo y tercero ya se comportaban como enfermeras.

E5: Pero es que también lleva a muchos errores. Yo veía muchos errores en esas estudiantes. Claramente que tengan esa actitud no significa que esté bien, pero la actitud es una cosa que cuesta bastante. A mi me tocó cohabitar con... eran 3 internas cuando estuve yo. Dos privadas y yo. Una de ellas era una reina, ella era la enfermera y se paseaba y daba órdenes. La otra era más normal y de ahí venía yo. Pero, cuando había problemas se dirigían a mí pos’.

E3: De repente a las enfermeras lo único que les importa es eso, pero no acompañan a lo mejor los conocimientos que igual tenemos nostras. Entonces a lo mejor ellas tienen personalidad, pero si les preguntábamos, se equivocaban con pacientes y cosas que no tenían que hacer.

E1: Es que también yo creo que es la universidad y la escuela, porque aquí yo siento que nos ganamos las cosas. Desde que entramos por PSU, hasta que hay que andar peleando por un campo clínico, negociando todo eso. Yo creo que ahí nosotros como estudiantes nos sentimos responsables y agradecidos de que nos acepten en un lugar y queremos hacerlo mejor. Si también nos cuesta pasar los ramos y llegar hasta donde uno llega. Entonces el ser de la Valparaíso también, ya, aparte de tener la tradición, la excelencia y no sé que más, tiene. O sea nosotros nos ganamos el estar aquí, nos ganamos el pasar un práctico, nos ganamos el pasar un ramo, nos ganamos las cosas. Y por eso también somos más humildes que la otra gente que paga por tener esto, que paga por un profe, que paga por el campo clínico. Yo creo que eso también es importante.

I: Bueno, yo les agradezco de todo corazón. Ha sido muy, muy interesante y ha sido muy productiva la entrevista. La verdad es que la información para nosotros, ojalá todo lo que tenían que decir lo hayan dicho. Ha sido una ventaja que ya el vínculo no sea tan intenso entre nosotros, porque eso también les permite a ustedes libertad de expresarse mejor.

FIN DE LA ENTREVISTA

7.2 ANEXO 2: TABLAS ESTADÍSTICAS

Objetivo N° 1: Perfil del Estudiante

Sexo	Frecuencia (%)
Femenino	61 (88.72%)
Masculino	11 (15.28%)
Total	72 (100%)

Tabla 1. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Sexo.

En la tabla 1 se observa que los estudiantes de sexo femenino predominan con un 88.72%.

Edad (en años cumplidos)	Frecuencia (%)
21 años	1 (1.37%)
22 años	27 (36.99%)
23 años	12 (16.44%)
24 años	14 (19.18%)
25 años o más	19 (26.03%)
Total	73 (100%)

Tabla 2 tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Edad (en años cumplidos).

En la tabla 2 se observa que los estudiantes de 22 años predominan con un 36.99%, siguiéndoles los estudiantes de 25 años o más con un 26.03%; los estudiantes de 24 años con 19.18% y los estudiantes con 23 años con un 16.44%

Colegio de procedencia	Frecuencia (%)
Particular	12 (16.44%)
Municipal	12 (16.44%)
Particular subvencionado	49 (67.12%)
Total	73 (100%)

Tabla 3. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Colegio de procedencia.

En la tabla 3 se observa que los estudiantes que provienen de un colegio particular subvencionado predominan con un 67.12%.

Cuando postuló a la carrera, su opción de ingreso estuvo en:	Frecuencia (%)
Primer lugar	47 (65.28%)
Segundo lugar	14 (19.44%)
Tercer lugar	4 (5.56%)
Transferencia	7 (9.72%)
Total	72 (100%)

Tabla 4. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Cuando postuló a la carrera, su opción de ingreso estuvo en:

En la tabla 4 se observa que los estudiantes que postularon a la carrera con opción de ingreso primer lugar predominan con un 65.28%.

Año de ingreso a la carrera	Frecuencia (%)
2001 o antes	0 (0%)
2002	1 (1.39%)
2003	8 (11.11%)
2004	14 (19.44%)
2005	49 (68.06%)
Total	72 (100%)

Tabla 5. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Año de ingreso a la carrera.

En la tabla 5 se observa que los estudiantes que ingresaron a la carrera en el año 2005, correspondiente a la cohorte de ingreso, predominan con un 68.06%.

Internado que cursa actualmente	Frecuencia (%)
Enfermería familiar y Comunitaria	30 (41.10%)
Adulto y Senescente	27 (36.99%)
Niño y Adolescente	16 (21.92%)
Total	73 (100%)

Tabla 6. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Internado que cursa actualmente.

En la tabla 6 se observa que los estudiantes que cursan actualmente el internado de Enfermería familiar y Comunitaria predominan con un 41.10%, siguiéndoles los que cursan Adulto y Senescente con un 36.99% y los que cursan Niño y Adolescente con un 21.92%.

El promedio de notas con que postuló al internado fue:	Frecuencia (%)
4.0 a 4.4	0 (0%)
4.5 a 4.9	4 (6.25%)
5.0 a 5.4	19 (29.69%)
5.5 a 5.9	33 (51.56%)
6.0 a 7.0	8 (12.50%)
Total	32 (100%)

Tabla 7. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable El promedio de notas con que postuló al internado fue:

En la tabla 7 se observa que los estudiantes que postularon a la carrera con un promedio de 5.5 a 5.9 predominan con un 51.56%, siguiéndoles los que postularon con 5.0 a 5.4 con un 29.69%.

MOTIVACIONES PARA ESTUDIAR ENFERMERÍA

Inclinación personal	Frecuencia (%)
Si	70 (97.22%)
No	2 (2.78%)
Total	72 (100%)

Tabla 8. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Inclinación personal.

En la tabla 8 se observa que los estudiantes que señalan que la inclinación personal fue una causa para estudiar Enfermería predominan con un 97.22%.

Conocer algún(a) enfermero(a)	Frecuencia (%)
Si	20 (31.25%)
No	44 (68.75%)
Total	64 (100%)

Tabla 9. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Conocer algún(a) enfermero(a).

En la tabla 9 se observa que los estudiantes que señalan que conocer algún(a) enfermero(a) no fue una causa para estudiar Enfermería predominan con un 68.75%.

Proyecciones económicas favorables	Frecuencia (%)
Si	33 (50%)
No	33 (50%)
Total	32 (100%)

Tabla 10 Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Proyecciones económicas favorables.

En la tabla 10 se observa que los estudiantes que señalan que las proyecciones económicas favorables fue una causa para estudiar Enfermería corresponde al 50% , mientras que los que señalan que no fue una causa para estudiar Enfermería también corresponde al 50%.

Presiones familiares	Frecuencia (%)
Si	3 (4.69%)
No	61 (95.31%)
Total	64 (100%)

Tabla 11. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Presiones familiares.

En la tabla 11 se observa que los estudiantes que señalan que las presiones familiares no fue una causa para estudiar Enfermería predominan con un 95.31%.

Falta de puntaje para estudiar otra carrera	Frecuencia (%)
Si	11 (16.67%)
No	55 (83.33%)
Total	66 (100%)

Tabla 12. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Falta de puntaje para estudiar otra carrera.

En la tabla 12 se observa que los estudiantes que señalan que la falta de puntaje para estudiar otra carrera no fue una causa para estudiar Enfermería predominan con un 83.33%.

Otro	Frecuencia (%)
Si	8 (16.67%)
No	40 (83.33%)
Total	48 (100%)

Tabla 13. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Otro.

En la tabla 13 se observa que los estudiantes que señalan que no hubo otra causa, aparte de las señaladas, para estudiar Enfermería predominan con un 83.33%.

Si responde otro, especifique:	Frecuencia (%)
Estabilidad laboral	1 (12.50%)
Trabajos voluntarios con enfermos y mi propia enfermedad (DM)	1 (12.50%)
Perfil de la enfermera en relación con mis características personales	1 (12.50%)
Desarrollo profesional científico y epistemológico	1 (12.50%)
Familia en área de la salud	1 (12.50%)
Poca vida familiar de mi primera opción	1 (12.50%)
Orientación y vivencias en el área de la enfermería	1 (12.50%)
Total	7 (100%)

Tabla 14. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Si responde otro, especifique:

En la tabla 14 se observa que otras razones para estudiar enfermería son variadas pero similares a las causas señaladas con anterioridad.

GRADO DE SATISFACCIÓN RESPECTO A LAS SIGUIENTES ENSEÑANZAS ENTREGADAS POR LA CARRERA

Teoría y conceptos	Frecuencia (%)
Satisfecho	46 (63.01%)
Medianamente satisfecho	27 (36.99%)
Insatisfecho	0 (0%)
Total	73 (100%)

Tabla 15. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Teoría y conceptos.

En la tabla 15 se observa que los estudiantes que se sienten satisfechos respecto a la enseñanza teoría y conceptos predominan con un 63.01%.

Actitudes y habilidades de comunicación	Frecuencia (%)
Satisfecho	50 (68.49%)
Medianamente satisfecho	20 (27.40%)
Insatisfecho	3 (4.11%)
Total	73 (100%)

Tabla16. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Actitudes y habilidades de comunicación.

En la tabla 16 se observa que los estudiantes que se sienten satisfechos respecto a la enseñanza de actitudes y habilidades de comunicación predominan con un 68.49%, sumados a los que se sienten medianamente satisfechos con un 27,4 %.

Habilidades en técnicas instrumentales	Frecuencia (%)
Satisfecho	42 (57.53%)
Medianamente satisfecho	31 (42.47%)
Insatisfecho	0 (0%)
Total	73 (100%)

Tabla 17 de frecuencias y porcentajes para la variable Habilidades en técnicas instrumentales.

En la tabla 17 se observa que los estudiantes que se sienten satisfechos respecto a la enseñanza de habilidades en técnicas instrumentales predominan con un 57.53%, siguiéndoles los que se sienten medianamente satisfechos con un 42.47%.

Habilidades en gestión y liderazgo	Frecuencia (%)
Satisfecho	40 (54.79%)
Medianamente satisfecho	31 (42.47%)
Insatisfecho	2 (2.74%)
Total	73 (100%)

Tabla 18 Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Habilidades en gestión y liderazgo.

En la tabla 18 se observa que los estudiantes que se sienten satisfechos respecto a la enseñanza de habilidades en gestión y liderazgo predominan con un 54.79%, siguiéndoles los que se sienten medianamente satisfechos con un 42.47%

Objetivo N° 2: Aprendizajes considerados relevantes en la carrera que le ayudaron al estudiante a tomar decisiones adecuadas frente a situaciones de la práctica clínica.

Conocimientos respecto al quehacer profesional	Frecuencia (%)
Sin importancia	1 (1.37%)
Poca importancia	1 (1.37%)
Mediana importancia	2 (2.74%)
Importante	7 (9.59%)
Muy Importante	62 (84.93%)
No aplica	0 (0%)
Total	73 (100%)

Tabla19. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Conocimientos respecto al quehacer profesional.

En la tabla 19 se observa que los estudiantes que consideran que el aprendizaje de conocimientos respecto al quehacer profesional es muy importante predominan con un 84.93%.

Teoría y conceptos	Frecuencia (%)
Sin importancia	1 (1.37%)
Poca importancia	0 (0%)
Mediana importancia	1 (1.37%)
Importante	12 (16.44%)
Muy Importante	59 (80.82%)
No aplica	0 (0%)
Total	73 (100%)

Tabla 20 de frecuencias y porcentajes para la variable Teoría y conceptos.

En la tabla 20 se observa que los estudiantes que consideran que el aprendizaje de teoría y conceptos es muy importante predominan con un 82.86%.

Actitudes y habilidades comunicativas	Frecuencia (%)
Sin importancia	0 (0%)
Poca importancia	3 (4.11%)
Mediana importancia	2 (2.74%)
Importante	25 (34.25%)
Muy Importante	43 (58.90%)
No aplica	0 (0%)
Total	73 (100%)

Tabla 21. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Actitudes y habilidades comunicativas.

En la tabla 21 se observa que los estudiantes que consideran que el aprendizaje de actitudes y habilidades comunicativas es muy importante predominan con un 58.90%, siguiéndoles los que consideran que es importante con un 34.25%

Habilidades en técnicas instrumentales	Frecuencia (%)
Sin importancia	1 (1.37%)
Poca importancia	2 (2.74%)
Mediana importancia	10 (13.70%)
Importante	26 (35.62%)
Muy Importante	34 (46.58%)
No aplica	0 (0%)
Total	73 (100%)

Tabla 22. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Habilidades en técnicas instrumentales.

En la tabla 22 se observa que los estudiantes que consideran que el aprendizaje de habilidades en técnicas instrumentales es muy importante predominan con un 46.58%, siguiéndoles los que consideran que es importante con un 35.62%.

El docente como fuente principal de información y orientación	Frecuencia (%)
Sin importancia	0 (0%)
Poca importancia	2 (2.74%)
Mediana importancia	17 (23.29%)
Importante	21 (28.77%)
Muy Importante	33 (45.21%)
No aplica	0 (0%)
Total	73 (100%)

Tabla23. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable El docente como fuente principal de información y orientación.

En la tabla 23 se observa que los estudiantes que consideran que el aprendizaje el docente como fuente principal de información y orientación es muy importante predominan con un 45.21%, siguiéndoles los que consideran que es importante con un 28.77%

Trabajos en proyectos y problemas basados en situaciones reales	Frecuencia (%)
Sin importancia	0 (0%)
Poca importancia	2 (2.74%)
Mediana importancia	10 (13.70%)
Importante	21 (28.77%)
Muy Importante	40 (54.79%)
No aplica	0 (0%)
Total	73 (100%)

Tabla 24. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Trabajo en proyectos y problemas basados en situaciones reales.

En la tabla 24 se observa que los estudiantes que consideran que el aprendizaje los trabajos en proyectos y problemas basados en situaciones reales es muy importante predominan con un 54.79%, siguiéndoles aquellos que consideran que es importante con un 28.77%.

Énfasis a la experiencia laboral	Frecuencia (%)
Sin importancia	1 (1.37%)
Poca importancia	3 (4.11%)
Mediana importancia	13 (17.81%)
Importante	19 (26.03%)
Muy Importante	36 (49.32%)
No aplica	1 (1.37%)
Total	35 (100%)

Tabla 25. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Énfasis en la experiencia laboral.

En la tabla 25 se observa que los estudiantes que consideran que el aprendizaje con énfasis en la experiencia laboral es muy importante predominan con un 49.32%, siguiéndoles los que consideran que es importante con un 26.03% y los que consideran que es de mediana importancia con un 17.81%.

Comunicación entre el estudiante y el docente, fuera del horario de clases	Frecuencia (%)
Sin importancia	1 (1.37%)
Poca importancia	3 (4.11%)
Mediana importancia	17 (23.29%)
Importante	31 (42.47%)
Muy Importante	20 (27.40%)
No aplica	1 (1.37%)
Total	73 (100%)

Tabla 26. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Comunicación entre el estudiante y el docente, fuera del horario de clases.

En la tabla 26 se observa que los estudiantes que consideran que el aprendizaje comunicación entre el estudiante y el docente, fuera del horario de clases es importante predominan con un 42.47%, siguiéndoles los que consideran que es muy importante con un 27.40% y los que consideran que es de mediana importancia con un 23.29%.

Comunicación entre los compañeros	Frecuencia (%)
Sin importancia	0 (0%)
Poca importancia	2 (2.74%)
Mediana importancia	10 (13.70%)
Importante	37 (50.68%)
Muy Importante	24 (32.88%)
No aplica	0 (0%)
Total	73 (100%)

Tabla 27. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Comunicación entre los compañeros.

En la tabla 27 se observa que los estudiantes que consideran que el aprendizaje comunicación entre los compañeros es importante predominan con un 50.68%, siguiéndoles aquellos que consideran que es muy importante con un 32.88%.

Metodologías para la investigación, calidad y resolución de problemas	Frecuencia (%)
Sin importancia	0 (0%)
Poca importancia	4 (5.48%)
Mediana importancia	9 (12.33%)
Importante	27 (36.99%)
Muy Importante	33 (45.21%)
No aplica	0 (0%)
Total	73 (100%)

Tabla 28. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Metodologías para la investigación, calidad y resolución de problemas.

En la tabla 28 se observa que los estudiantes que consideran que el aprendizaje metodologías para la investigación, calidad y resolución de problemas es muy importante predominan con un 45.21%, siguiéndoles los que consideran que es importante con un 36.99%.

Habilidades en gestión y liderazgo	Frecuencia (%)
Sin importancia	1 (1.37%)
Poca importancia	1 (1.37%)
Mediana importancia	2 (2.74%)
Importante	18 (24.66%)
Muy Importante	51 (69.86%)
No aplica	0 (0%)
Total	73 (100%)

Tabla 29. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Habilidades en gestión y liderazgo.

En la tabla 29 se observa que los estudiantes que consideran que el aprendizaje habilidades en gestión y liderazgo es muy importante predominan con un 69.86%, siguiéndoles los que consideran que es importante con un 24.66%.

Razonamiento matemático sobre aspectos cuantitativos de la realidad	Frecuencia (%)
Sin importancia	1 (1.37%)
Poca importancia	10 (13.70%)
Mediana importancia	22 (30.14%)
Importante	29 (39.73%)
Muy Importante	8 (10.96%)
No aplica	3 (4.11%)
Total	73 (100%)

Tabla 30. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Razonamiento matemático sobre aspectos cuantitativos de la realidad.

En la tabla 30 se observa que los estudiantes que consideran que el aprendizaje razonamiento matemático sobre aspectos cuantitativos de la realidad es importante predominan con un 39.73%, siguiéndoles los que consideran que es de mediana importancia con un 30.14%, los que consideran de poca importancia con un 13.70% y los que es muy importante con un 10.96%

Tecnologías de información y comunicación	Frecuencia (%)
Sin importancia	3 (4.11%)
Poca importancia	9 (12.33%)
Mediana importancia	12 (16.44%)
Importante	32 (43.84%)
Muy Importante	15 (20.55%)
No aplica	2 (2.74%)
Total	73 (100%)

Tabla 31. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Tecnologías de información y comunicación.

En la tabla 31 se observa que los estudiantes que consideran que el aprendizaje tecnologías de información y comunicación es importante predominan con un 43.48%, siguiéndoles los que consideran que es muy importante con un 20.55%.

Evaluación periódica del progreso académico del estudiante	Frecuencia (%)
Sin importancia	1 (1.37%)
Poca importancia	1 (1.37%)
Mediana importancia	6 (8.22%)
Importante	27 (36.99%)
Muy Importante	38 (52.05%)
No aplica	0 (0%)
Total	73 (100%)

Tabla 32. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Evaluación periódica del progreso académico del estudiante.

En la tabla 32 se observa que los estudiantes que consideran que el aprendizaje evaluación periódica del progreso académico del estudiante es muy importante predominan con un 52.05%, siguiéndoles los que consideran que es importante con un 36.99%.

Objetivo N° 3: Experiencias en la práctica clínica que le ayudaron tomar decisiones adecuadas.

Lugares de práctica con recursos suficientes	Frecuencia (%)
Sin importancia	1 (1.39%)
Poca importancia	4 (5.56%)
Mediana importancia	19 (26.39%)
Importante	18 (25%)
Muy Importante	29 (40.28%)
No aplica	1 (1.39%)
Total	72 (100%)

Tabla 33. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Lugares de práctica con recursos suficientes.

En la tabla 33 se observa que los estudiantes que señalan que los lugares de práctica con recursos suficientes es muy importante predominan con un 40.28%, siguiéndoles los que señalan que es de mediana importancia con un 26.39% y los que es importante con un 25%.

Buena comunicación con otros profesionales del área de la salud	Frecuencia (%)
Sin importancia	0 (0%)
Poca importancia	3 (4.17%)
Mediana importancia	4 (5.56%)
Importante	14 (19.44%)
Muy Importante	51 (70.83%)
No aplica	0 (0%)
Total	72 (100%)

Tabla 34. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Buena comunicación con otros profesionales del área de la salud.

En la tabla 34 se observa que los estudiantes que señalan que la buena comunicación con otros profesionales del área de la salud es muy importante predominan con un 70.83%, siguiéndoles los que señalan que es importante con un 19.44%.

Buena relación con la docente y/o enfermera guía	Frecuencia (%)
Sin importancia	1 (1.39%)
Poca importancia	1 (1.39%)
Mediana importancia	1 (1.39%)
Importante	18 (25%)
Muy Importante	51 (70.83%)
No aplica	0 (0%)
Total	72 (100%)

Tabla 35. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Buen trato entre los funcionarios.

En la tabla 35 se observa que los estudiantes que señalan que la buena relación con la docente y/o enfermera guía es muy importante predominan con un 70.83%, siguiéndoles los que señalan que es importante con un 25%.

Buen trato entre los funcionarios	Frecuencia (%)
Sin importancia	0 (0%)
Poca importancia	4 (5.56%)
Mediana importancia	2 (2.78%)
Importante	21 (29.17%)
Muy Importante	45 (62.50%)
No aplica	0 (0%)
Total	72 (100%)

Tabla 36. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Buen trato entre los funcionarios.

En la tabla 36 se observa que los estudiantes que señalan que el buen trato entre los funcionarios es muy importante predominan con un 62.50%, siguiéndoles los que señalan que es importante con un 29.17%.

Buen trato hacia los estudiantes	Frecuencia (%)
Sin importancia	1 (1.39%)
Poca importancia	2 (2.78%)
Mediana importancia	2 (2.78%)
Importante	14 (19.44%)
Muy Importante	53 (73.61%)
No aplica	0 (0%)
Total	72 (100%)

Tabla 37. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Buen trato hacia los estudiantes.

En la tabla 37 se observa que los estudiantes que señalan que el buen trato hacia los estudiantes es muy importante predominan con un 73.61%, siguiéndoles los que señalan que es importante con un 19.44%.

Posibilidad de corregir los errores	Frecuencia (%)
Sin importancia	1 (1.39%)
Poca importancia	1 (1.39%)
Mediana importancia	3 (4.17%)
Importante	10 (13.89%)
Muy Importante	57 (79.17%)
No aplica	0 (0%)
Total	72 (100%)

Tabla 38. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Posibilidad de corregir errores.

En la tabla 38 se observa que los estudiantes que señalan que la posibilidad de corregir los errores es muy importante predominan con un 79.17%, siguiéndoles los que señalan que es importante con un 13.89%.

Exigencias de acuerdo al nivel en que se encontraba	Frecuencia (%)
Sin importancia	1 (1.39%)
Poca importancia	1 (1.39%)
Mediana importancia	2 (2.78%)
Importante	18 (25%)
Muy Importante	50 (69.44%)
No aplica	0 (0%)
Total	72 (100%)

Tabla 39. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Exigencias de acuerdo al nivel en que se encontraba.

En la tabla 39 se observa que los estudiantes que señalan que las exigencias de acuerdo al nivel en que se encontraba es muy importante predominan con un 69.44%, siguiéndoles los que señalan que es importante con un 25%.

Evaluación periódica de su desempeño	Frecuencia (%)
Sin importancia	0 (0%)
Poca importancia	3 (4.17%)
Mediana importancia	3 (4.17%)
Importante	23 (31.94%)
Muy Importante	43 (59.72%)
No aplica	0 (0%)
Total	72 (100%)

Tabla 40. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Evaluación periódica de su desempeño.

En la tabla 40 se observa que los estudiantes que señalan que la evaluación periódica de su desempeño es muy importante predominan con un 59.72%, siguiéndoles los que señalan que es importante con un 31.94%.

El actuar con seguridad y fundamento	Frecuencia (%)
Sin importancia	0 (0%)
Poca importancia	1 (1.39%)
Mediana importancia	1 (1.39%)
Importante	6 (8.33%)
Muy Importante	64 (88.89%)
No aplica	0 (0%)
Total	72 (100%)

Tabla 41 Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Al actuar con seguridad y fundamento.

En la tabla 41 se observa que los estudiantes que señalan que el actuar con seguridad y fundamento es muy importante predominan con un 88.89%.

El actuar con autonomía y rapidez	Frecuencia (%)
Sin importancia	0 (0%)
Poca importancia	3 (4.17%)
Mediana importancia	1 (1.39%)
Importante	18 (25%)
Muy Importante	50 (69.44%)
No aplica	0 (0%)
Total	72 (100%)

Tabla 42. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Al actuar con autonomía y rapidez.

En la tabla 42 se observa que los estudiantes que señalan que el actuar con autonomía y rapidez es muy importante predominan con un 69.44%, siguiéndoles los que señalan que es importante con un 25%.

Objetivo N° 4: Situaciones consideradas como problemáticas en la práctica clínica.

Falta de conocimientos respecto al quehacer profesional	Frecuencia (%)
Sin importancia	5 (6.94%)
Poca importancia	0 (0%)
Mediana importancia	6 (8.33%)
Importante	15 (20.83%)
Muy Importante	46 (63.89%)
No aplica	0 (0%)
Total	72 (100%)

Tabla 43. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Falta de conocimientos respecto al quehacer profesional.

En la tabla 43 se observa que los estudiantes que señalan que la falta de conocimientos respecto al quehacer profesional es muy importante predominan con un 63.89%, siguiéndoles los que señalan que es importante con un 20.83%.

Falta de experiencia respecto al quehacer profesional	Frecuencia (%)
Sin importancia	2 (2.78%)
Poca importancia	5 (6.94%)
Mediana importancia	12 (16.67%)
Importante	31 (43.06%)
Muy Importante	22 (30.56%)
No aplica	0 (0%)
Total	72 (100%)

Tabla 44. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Falta de experiencia respecto al quehacer profesional.

En la tabla 44 se observa que los estudiantes que señalan que la falta de experiencia respecto al quehacer profesional es importante predominan con un 43.06%, siguiéndoles los que señalan que es muy importante con un 30.56% y los que es de mediana importancia con un 16.67%.

Falta de apoyo por parte del docente y/o enfermera guía	Frecuencia (%)
Sin importancia	6 (8.33%)
Poca importancia	1 (1.39%)
Mediana importancia	6 (8.33%)
Importante	17 (23.61%)
Muy Importante	42 (58.33%)
No aplica	0 (0%)
Total	72 (100%)

Tabla 45. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Falta de apoyo por parte de mi docente y/o enfermera guía.

En la tabla 45 se observa que los estudiantes que señalan que la falta de apoyo por parte del docente y/o enfermera guía es muy importante predominan con un 58.33%, siguiéndoles los que señalan que es importante con un 23.61%.

Trato inadecuado del docente y/o enfermera guía	Frecuencia (%)
Sin importancia	10 (13.89%)
Poca importancia	1 (1.39%)
Mediana importancia	2 (2.78%)
Importante	9 (12.50%)
Muy Importante	50 (69.44%)
No aplica	0 (0%)
Total	72 (100%)

Tabla 46. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Trato inadecuado de mi docente y/o enfermera guía. En la tabla 46 se observa que los estudiantes que señalan que el trato inadecuado del docente y/o enfermera guía es muy importante predominan con un 69.44%, siguiéndoles los que señalan que no tiene importancia con un 13.89% y los que es importante con un 12.50%.

Temor a equivocarme y/o hacer daño	Frecuencia (%)
Sin importancia	5 (6.94%)
Poca importancia	4 (5.56%)
Mediana importancia	12 (16.67%)
Importante	21 (29.17%)
Muy Importante	30 (41.67%)
No aplica	0 (0%)
Total	72 (100%)

Tabla 47. Tabla de frecuencias y porcentaje para la variable Temor a equivocarme y/o hacer daño.

En la tabla 47 se observa que los estudiantes que señalan que el temor a equivocarse y/o hacer daño es muy importante predominan con un 41.67%, siguiéndoles los que señalan que es importante con un 29.17% y los que es de mediana importancia con un 16.67%.

Temor a ser mal evaluado	Frecuencia (%)
Sin importancia	10 (13.89%)
Poca importancia	3 (4.17%)
Mediana importancia	11 (15.28%)
Importante	23 (31.94%)
Muy Importante	25 (34.72%)
No aplica	0 (0%)
Total	72 (100%)

Tabla 48. Tabla de frecuencias y porcentaje para la variable Temor a ser mal evaluado.

En la tabla 48 se observa que los estudiantes que señalan que el temor a ser mal evaluado muy importante predominan con un 34.72%, siguiéndoles los que señalan que es importante con un 31.94% y los que es de mediana importancia con un 15.28%.

Otro	Frecuencia (%)
Sin importancia	0 (0%)
Poca importancia	0 (0%)
Mediana importancia	0 (0%)
Importante	0 (0%)
Muy Importante	5 (100%)
No aplica	0 (0%)
Total	0 (0%)

Tabla 49. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Otro.

En la tabla 49 se observa que los estudiantes que señalan que otras situaciones consideradas como problemáticas son muy importantes predominan con un 100%.

Si responde otro, especifique:	Frecuencia (%)
Diferencias de criterios entre quienes enseñan y evalúan	1 (20%)
Si existe temor demuestra inseguridad	1 (20%)
Conflictos entre enfermeras del campo asistencial	1 (20%)
Conflictos entre el equipo multidisciplinario	1 (20%)
Falta de apoyo y/o mal trato por parte de los funcionarios	1 (20%)
Total	1 (100%)

Tabla 50. Tabla de frecuencias y porcentajes para la variable Si responde otro, especifique:

7.3 ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:/...../.....

A usted se le ha pedido participar del estudio de tesis titulado “el proceso de toma de decisiones vivenciado por los estudiantes de enfermería frente a situaciones problemas relacionadas con la gestión del cuidado y los usuarios externos durante sus prácticas de internado profesional “

OBJETIVO GENERAL:

- Describir el proceso de toma de decisiones vivenciado por los/las estudiantes de enfermería frente a situaciones problemáticas durante sus prácticas de internado profesional

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir el perfil socio académico del interno de Enfermería de la Universidad de Valparaíso.
2. Identificar los aprendizajes considerados relevantes en la carrera que le ayudaron al estudiante a tomar decisiones adecuadas frente a situaciones de la práctica clínica.
3. Identificar las experiencias en la práctica clínica que ayudaron al estudiante a tomar decisiones adecuadas.
4. Identificar las situaciones consideradas como problemáticas para el estudiante en la práctica clínica.

Para ello se firmará el presente consentimiento informado, en donde deben quedar claros los siguientes puntos:

- Su identificación no aparecerá en ningún informe ni publicación resultante del presente estudio.
- Su participación en este estudio es voluntaria. Usted puede negarse a participar o puede interrumpir su participación en cualquier momento durante el estudio, sin perjuicio alguno para usted.
- Si usted acepta ser parte del estudio deberá responder un cuestionario confeccionado por la investigadora Pamela Lobos Díaz, con preguntas referentes a su formación académica y su práctica de internado profesional.

Yo.....con

RUT:....., estoy de acuerdo en participar de forma voluntaria, del estudio de tesis titulado “El proceso de toma de decisiones vivenciado por los estudiantes de enfermería frente a aspectos relacionados con sus prácticas de internado profesional”, entregando información verídica para éste.

La investigadora Pamela Lobos Díaz me ha explicado todo lo referente al estudio y ha aclarado mis dudas respecto a mi participación. Acepto participar y comprendo que puedo retirarme del estudio sin perjuicio alguno.

He comprendido la información que se me ha entregado. La investigadora, Pamela Lobos Díaz, me ha explicado todas las dudas con respecto a la participación del estudio. No estoy imposibilitado de participar. Comprendo que puedo retirarme del estudio, sin perjuicio alguno.

Firma del Encuestado

- 8.2) Conocer algún(a) enfermero(a) Si No
- 8.3) Proyecciones económicas favorables Si No
- 8.4) Presiones familiares Si No
- 8.5) Falta de puntaje para estudiar otra carrera Si No
- 8.6) Otro Si No

9. Si responde otro, especifique _____

10. Señale su grado de satisfacción respecto a las siguientes enseñanzas entregadas por la carrera

10.1 Teoría y conceptos

Satisfecho Medianamente satisfecho Insatisfecho

10.2 Actitudes y habilidades de comunicación

Satisfecho Medianamente satisfecho Insatisfecho

10.3 Habilidades en técnicas instrumentales

Satisfecho Medianamente satisfecho Insatisfecho

10.4 Habilidades en gestión y liderazgo

Satisfecho Medianamente satisfecho Insatisfecho

ITEM II. APRENDIZAJES CONSIDERADOS RELEVANTES EN LA CARRERA QUE LE AYUDARON A TOMAR DECISIONES ADECUADAS FRENTE A SITUACIONES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

Señale el grado de importancia respecto a los siguientes aprendizajes considerados relevantes en la carrera que le ayudaron a tomar decisiones adecuadas frente a situaciones de la práctica clínica, donde

1: Sin importancia

2: Poca importancia

3: Mediana importancia

4: Importante

5: Muy importante

N/A: No aplica (cuando usted considera que no cuenta con suficiente información para emitir un juicio)

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Conocimientos respecto al quehacer profesional | <input type="checkbox"/> |
| 2. Teoría y conceptos | <input type="checkbox"/> |
| 3. Actitudes y habilidades comunicativas | <input type="checkbox"/> |
| 4. Habilidades en técnicas instrumentales | <input type="checkbox"/> |
| 5. El docente como fuente principal de información y orientación | <input type="checkbox"/> |
| 6. Trabajo en proyectos y problemas basados en situaciones reales | <input type="checkbox"/> |
| 7. Énfasis a la experiencia laboral | <input type="checkbox"/> |
| 8. Comunicación entre el estudiante y el docente, fuera del horario de clases | <input type="checkbox"/> |
| 9. Comunicación entre los compañeros | <input type="checkbox"/> |
| 10. Metodologías para la investigación, calidad y resolución de problemas | <input type="checkbox"/> |
| 11. Habilidades en gestión y liderazgo | <input type="checkbox"/> |
| 12. Razonamiento matemático sobre aspectos cuantitativos de la realidad | <input type="checkbox"/> |
| 13. Tecnologías de información y comunicación | <input type="checkbox"/> |
| 14. Evaluación periódica del progreso académico del estudiante | <input type="checkbox"/> |
| 15. Otro, especifique _____ | <input type="checkbox"/> |

ITEM III. EXPERIENCIAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA QUE LE AYUDARON A TOMAR DECISIONES ADECUADAS

Señale el grado de importancia respecto a las siguientes experiencias en la práctica clínica que usted considera que le ayudaron a tomar decisiones adecuadas, donde

1: Sin importancia

2: Poca importancia

3: Mediana importancia

4: Importante

5: Muy importante

N/A: No aplica (cuando usted considera que no cuenta con suficiente información para emitir un juicio)

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Lugares de práctica con recursos suficientes | <input type="checkbox"/> |
| 2. Buena comunicación con otros profesionales del área de la salud | <input type="checkbox"/> |
| 3. Buena relación con la docente y/o enfermera guía | <input type="checkbox"/> |
| 4. Buen trato entre los funcionarios | <input type="checkbox"/> |
| 5. Buen trato hacia los estudiantes | <input type="checkbox"/> |
| 6. Posibilidad de corregir los errores | <input type="checkbox"/> |
| 7. Exigencias de acuerdo al nivel en que se encontraba | <input type="checkbox"/> |
| 8. Evaluación periódica de su desempeño | <input type="checkbox"/> |
| 9. Al actuar con seguridad y fundamento | <input type="checkbox"/> |
| 10. Al actuar con autonomía y rapidez | <input type="checkbox"/> |

ITEM IV. SITUACIONES CONSIDERADAS COMO PROBLEMÁTICAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Señale el grado de importancia respecto a las siguientes situaciones consideradas como problemáticas en la práctica clínica, donde

1: Sin importancia

2: Poca importancia

3: Mediana importancia

4: Importante

5: Muy importante

N/A: No aplica (cuando usted considera que no cuenta con suficiente información para emitir un juicio)

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Falta de conocimientos respecto al quehacer profesional | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> |

- 2. Falta de experiencia respecto al quehacer profesional
- 3. Falta de apoyo por parte de mi docente y/o enfermera guía
- 4. Trato inadecuado de mi docente y/o enfermera guía
- 5. Temor a equivocarme y/o hacer daño
- 6. Temor a ser mal evaluado
- 7. Otro, especifique _____

LA ENCUESTA HA TERMINADO, SE AGRADECE SU PARTICIPACIÓN

7.5 ANEXO 5 CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA