

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADOS

LAS PRÁCTICAS DOCENTES DESARROLLADAS EN RELACIÓN CON
EL PROCESO DE ENFERMERÍA: UN ESTUDIO DE CASO EN LA
ESCUELA DE ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios
de Posgrado en Educación para optar por el grado y título de Maestría
Académica en Educación con énfasis en Docencia Universitaria

MARÍA ELENA HERNÁNDEZ ROJAS

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2022

Dedicatoria

Este logro es por y para Dios,
por ser mi fortaleza y mi esperanza.

Agradecimiento

A Dios como mi sostén

A Mariel por ser mi energía y mi luz

A Jeffrey por su amor, comprensión y apoyo

A mi familia por estar con un corazón dispuesto

A mi equipo asesor por permitirme crecer junto a ellas

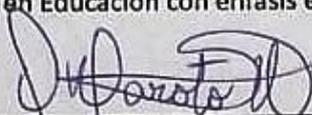
A mis colegas por su confianza, disposición y apertura

A Gustavo, Laura, Ángelica, Jeannett,

Maricel, Fer, Bea, Jessica

y a tantos que hicieron posible mi llegar

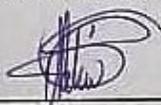
"Esta Tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de
Posgrado en Educación de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial
para optar al grado y título de
Maestría Académica en Educación con énfasis en Docencia Universitaria



MSc. Orlando Maroto Marín

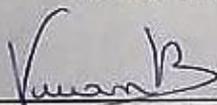
Representante de la Decana

Sistema de Estudios de Posgrado



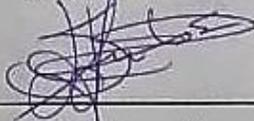
Dra. Patricia Marín Sánchez

Profesora Guía



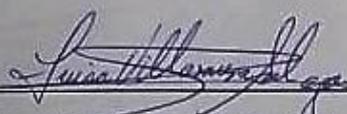
Dra. Vivian Vilchez Barboza

Lectora



Dra. Ana Laura Solano López

Lectora



Dra. Luisa Villanueva Salazar

Representante

Directora del Programa de Posgrado en Educación



María Elena Hernández Rojas

Sustentante

Tabla de contenido actualizar la tabla completa

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Hoja de aprobación	iv
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
Listas de tablas	ix
Listas de figuras.....	x
Listas de abreviaturas	xi
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Presentación.....	1
1.2. Hallazgos investigativos sobre el Proceso de Enfermería y su docencia	5
1.2.1 Principales aportes teóricos.....	5
1.2.2 Principales aportes metodológicos	18
1.2.3 Otros aportes interesantes	20
1.3 Problema de investigación	21
1.4 Objetivos de investigación	25
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	26
2.1 El Proceso de Enfermería como parte de las prácticas docentes en Enfermería.	26
2.2 Las Prácticas docentes asociadas al Proceso de Enfermería	32
2.3 El contexto en la formación de las prácticas docentes asociadas al Proceso de Enfermería	39
2.4 La Teoría de la Actividad para la comprensión de las prácticas docentes asociadas al Proceso de Enfermería.....	44
2.4.1 Primera generación:.....	45
2.4.2 Segunda generación:.....	48
2.4.3 Tercera generación:	51
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	57
3.1 Diseño de investigación	57
3.1.1 Estudio de caso	58
3.2 Contexto del estudio de caso.....	62
3.3 Descripción de participantes.....	65
3.4 Métodos de recolección de datos.....	67
3.4.1 Entrevista	67

3.4.2 Registros documentales o evidencias documentales	67
3.5 Procedimiento de recolección y análisis	68
3.5.1 Reclutamiento	68
3.5.2 Recolección	69
3.5.3 Análisis	70
3.5.4 Triangulación.....	70
3.5.5 Categorización.....	71
3.6 Consideraciones éticas.....	76
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS	79
4.1 PROCESO DE ENFERMERÍA.....	79
4.1.1. Definición del Proceso de Enfermería según las personas docentes.....	79
4.1.2 Etapas del Proceso de Enfermería	90
4.2. EL CONTEXTO DONDE SE DESARROLLAN LAS PRÁCTICAS DOCENTES	173
4.2.1 Escenario de práctica docente en campos clínicos del curso EE-0512	173
4.2.2 Otros sujetos participantes en el proceso de enseñanza	185
4.2.3 La Comunicación en el proceso de enseñanza.....	195
4.3 PRÁCTICAS DOCENTES	201
4.3.1 Planificación de la enseñanza: fase preactiva	201
4.3.2 Metodología didáctica: fase interactiva.....	219
4.3.3 Evaluación de la enseñanza: fase postactiva	244
4.4. TEORÍA DE LA ACTIVIDAD.....	251
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES.....	254
Conclusiones	254
Recomendaciones	256
Bibliografía	257
Anexos.....	287
Anexo 1. Consentimiento informado.....	287
Anexo 2. Guía de entrevista	291
Anexo 3. Carta para registros documentales 1	294
Anexo 4. Carta para registros documentales 2.....	296
Anexo 5. Rúbrica de evaluación del desempeño curso EE-0512	298

Resumen

Introducción: La docencia universitaria y la profesionalización de la formación en Enfermería son áreas de reciente surgimiento, de ahí la importancia de estudiar las prácticas docentes “el conjunto de acciones que conforman el quehacer cotidiano de los profesores, ejercido a través de interrelaciones subjetivas con el estudiantado, en función de determinados propósitos formativos” (Montes, Caballero y Miranda, 2017, p. 200). *Objetivo:* Analizar las prácticas docentes en relación con el Proceso de Enfermería, en el Curso EE0512/Módulo 6: Intervención de Enfermería con la adultez mayor de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR). *Método:* estudio con abordaje cualitativo, de tipo descriptivo, a través de un caso de estudio, aplicando una entrevista a 4 personas docentes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR) que participan en el curso EE0521/Módulo 6: Intervención de Enfermería con la adultez mayor; además de registros documentales o evidencias documentales de interés. Para el análisis se utilizó la plataforma QDA Miner Lite. Se determinaron tres categorías: Proceso de Enfermería, Contexto y Prácticas Docentes. *Resultados:* Para las personas docentes de enfermería, el Proceso de Enfermería es definido como un método que permite dar forma u orden a las intervenciones de enfermería, y a la vez, posiciona este quehacer como algo científico. Sobre las etapas del Proceso de Enfermería, los criterios en su mayoría están homologados entre las personas docentes, pero falta profundización en las etapas de planificación, ejecución y evaluación. El contexto cuenta con condiciones y características únicas. Los escenarios de práctica docente son considerados ideales. Los otros sujetos participantes del proceso de enseñanza son informantes claves de gran relevancia. La comunicación es una interacción considerada directa, clara y fluida. Las prácticas docentes están dirigidas por diversas actividades asociadas a la planificación principalmente con las jefaturas de las instituciones de los escenarios de práctica docente. Las personas docentes implementan estrategias (pre y post clínica, el conversatorio, la pregunta, la lectura, la agenda y el informe) y posteriormente, reflexionan sobre lo realizado, considerando los aportes del estudiantado. *Conclusiones:* para la enseñanza del Proceso de Enfermería se requiere de constante actualización que permita mantener homologados los criterios con la comunidad científica internacional. Las prácticas docentes están inmersas en medio de gran complejidad.

Abstract

Introduction: University teaching and the professionalization of Nursing training are areas of recent emergence, hence the importance of studying teaching practices "the set of actions that make up the daily work of teachers, exercised through subjective interrelationships with the student body, based on certain training purposes" (Montes, Caballero and Miranda, 2017, p. 200). Objective: To analyze the teaching practices in relation to the Nursing Process, in Course EE0512/Module 6: Nursing Intervention with the elderly of the School of Nursing of the University of Costa Rica (EE-UCR). Method: study with a qualitative, descriptive approach, through a case study, applying an interview to 4 teachers of the School of Nursing of the University of Costa Rica (EE-UCR) who participate in the course EE0521/Module 6: Nursing Intervention with the elderly; in addition to documentary records or documentary evidence of interest. For the analysis, the QDA Miner Lite platform was used. Three categories were determined: Nursing Process, Context and Teaching Practices. Results: For nursing teachers, the Nursing Process is defined as a method that allows giving shape or order to nursing interventions, and at the same time, positions this task as something scientific. Regarding the stages of the Nursing Process, the criteria are mostly standardized among teachers, but there is a lack of depth in the planning, execution and evaluation stages. The context has unique conditions and characteristics. Teaching practice scenarios are considered ideal. The other subjects participating in the teaching process are highly relevant key informants. Communication is an interaction considered direct, clear and fluid. The teaching practices are directed by various activities associated with planning, mainly with the heads of the institutions of the teaching practice scenarios. The teachers implement strategies (pre and post clinic, the discussion, the question, the reading, the agenda and the report) and later, they reflect on what has been done, considering the contributions of the student body. Conclusions: for the teaching of the Nursing Process, constant updating is required to allow the criteria to be standardized with the international scientific community. Teaching practices are immersed in the midst of great complexity.

Listas de tablas

Tabla 1. Clasificación de las estrategias de enseñanza y algunos ejemplos.....	37
Tabla 2. Cursos modulares de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR), 2020.	63
Tabla 3. Definiciones de las categorías y subcategorías que dirigieron el proceso investigativo.	73
Tabla 4. Relación entre las etapas del Proceso de Enfermería y los pasos del método científico.....	84
Tabla 5. Relación entre las etapas del Proceso de Enfermería.....	92
Tabla 6. Resumen del proceso de razonamiento diagnóstico.....	106
Tabla 7. Características de los diagnósticos de enfermería y los diagnósticos médicos que facilitan su comprensión y diferenciación.	112
Tabla 8. Tipología de la pregunta según su finalidad.	225

Listas de figuras

Figura 1. Modelo de la primera generación de la Teoría de la Actividad, según Daniels (2003, p.125).....	46
Figura 2. Estructura jerárquica de la actividad humana según Daniels (2003, p.127). ..	47
Figura 3. Modelo de la segunda generación de la Teoría de la Actividad, según Daniels (2003, p.130).....	49
Figura 4. Modelo de la tercera generación de la Teoría de la Actividad, según Daniels (2003, p.133).....	52
Figura 5. Actividad docente en un sistema de enseñanza y aprendizaje, según Salas (2016, p.7).....	54
Figura 6. Propuesta de la aplicación de la Teoría de la Actividad en las prácticas docentes desarrolladas en relación con el Proceso de Enfermería en la Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica (EE-UCR) (elaboración propia).	55
Figura 7. Etapas del método científico según De Hoyos (2019, p. 238).	82
Figura 8. Etapa de valoración del Proceso de Enfermería, basado en Wilkinson, 2012, p. 78.	99
Figura 9. Resumen de la contabilización de palabras asociadas a la etapa diagnóstica del Proceso de enfermería, según las entrevistas realizadas a los Docentes de la Escuela de Enfermería, UCR.....	110
Figura 10. Los tipos de diagnósticos de enfermería según las necesidades de cuidado, elaboración propia basado en Rubio, 2016, p. 37 y NANDA Internacional, 2019.....	115
Figura 11. Modelo AREA del Razonamiento Clínico, basado en Kuiper, O'Donnell, Pesut & Turrise, 2017).	121
Figura 12. Ejemplo de la red de razonamiento lógico de un caso, basado en Kuiper, O'Donnell, Pesut & Turrise, 2017).	123
Figura 13. Los pasos a seguir durante la planificación, basado en Grupo CTO, 2016, p. 39 y Caballero, Becerra y Hullin, 2010, p. 210).....	128
Figura 14. Ejemplo de la planificación de enfermería usando la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), tomado de la NNNConsult (2021).	130
Figura 15. Escalas de medición y definición según la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), basado en Moorhear, Johnson, Maas y Swanso, 2019.....	131
Figura 16. Ejemplo de la interrelación entre un diagnóstico NANDA y los posibles resultados NOC, elaboración propia usando la NNNConsult (2021).....	134
Figura 17. Ejemplo de la interrelación entre un diagnóstico NANDA y el resultado NOC y las posibles intervenciones NIC, elaboración propia usando la NNNConsult (2021).141	141
Figura 18. Modelos de Habilidades Sociales para el desempeño docente, basado Tapia y Cubo (2017, p. 143).....	194
Figura 19. Aplicación de la Teoría de la Actividad en las prácticas docentes desarrolladas en relación con el Proceso de Enfermería en la Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica (EE-UCR) (elaboración propia)	251

Listas de abreviaturas

AENTDE: Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería	120
CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social	153
CIOMS: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas	76
CIPE: Clasificación Internacional de la Práctica de Enfermería	8
CONAPAM: Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor	174
DEDUN: Departamento de Docencia Universitaria	78
EE-UCR: Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica	2
EE-0512: Módulo 6 Intervención de Enfermería con la adultez mayor	24
HLE: Hogar de Larga Estancias	77
CD: Centro Diurno	77
Modelo AREA: Modelo “Análisis del Resultado del Estado Actual”	120
NIC: Nursing Interventions Classification/Clasificación de Intervenciones de Enfermería...4	
NNN: son las tres clasificaciones de los lenguajes enfermeros estandarizados: Clasificación de Diagnósticos Enfermeros de NANDA International (NANDA-I), la Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC) y la Clasificación de Resultados Enfermeros (NOC)	116
NOC: Nursing Outcomes Classification/Clasificación de Resultados de Enfermería	4
OPT Model: The Outcome-Present State-Test Model	120
PAE: Proceso de atención en Enfermería	7
SAE: Sistema de Actualización Estudiantil	2
SEP: Sistema de Estudios de Postgrado	78
SIBDI: Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información	105
UCR: Universidad de Costa Rica	1
UHC: Universidad de Ciencias y Humanidades de Perú	91



Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Maria Elena Hernández Rojas, con cédula de identidad 113290219, en mi condición de autor del TFG titulado Las prácticas docentes desarrolladas en relación con el proceso de Enfermería: un estudio de caso en la Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: Maria Elena Hernández Rojas
Número de Carné: A62815 Número de cédula: 113290219
Correo Electrónico: marohel@gmail.com / mariaelena.hernandez@ucr.ac.cr
Fecha: 1-6-2022 Número de teléfono: 83426459
Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): Dra. Patricia María Sánchez.

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Presentación

La docencia universitaria es un área de reciente incursión en el ámbito de la investigación, algunos autores señalan su inicio a finales de los años setenta y destacan múltiples líneas o temas de interés como: la innovación, la universidad con sus realidades y políticas, los procesos de enseñanza y aprendizaje, entre otras muchas (Gros y Kirschner, 2008).

Así como la docencia universitaria es un área de reciente surgimiento, de igual manera la profesionalización de la formación en el área de Enfermería en Costa Rica también lo es, ya que fue hasta 1975 que se incorporó al Sistema de Educación Superior directamente a la Universidad de Costa Rica (UCR).

En sus inicios las escuelas de enfermería a nivel internacional, ni siquiera eran lideradas por enfermeras, sino que surgían por la idea de algunos médicos y con el apoyo de los hospitales de la época (Escuela de enfermería, 1997), esta realidad no fue diferente en Costa Rica, ya que en los inicios de la formación de enfermeras se desarrollaba en el Hospital San Juan de Dios en la Escuela de Enfermería creada en 1917, la cual tenía sus raíces en la formación de obstetras desde 1897 (Comisión de Autoevaluación y Acreditación, 2013). Como complemento estos datos históricos contextuales, se sabe que se contrató por primera vez una enfermera (Miss Dorothy Anderson) para actualizar algunos principios básicos de enfermería en la formación hasta el año 1930 (Mora y Caravaca, 2014).

La Escuela de Enfermería tiene 44 años de estar en la Universidad de Costa Rica, durante los cuales ha reconstruido producto de su preocupación por ofrecer una formación profesional universitaria de calidad para los y las futuras enfermeras. Por tanto, es importante señalar algunos momentos de relevancia, como en 1998 cuando se realizó una reforma curricular total de su plan de estudios (Resolución VD-R-6479-98), en la que

se creó una propuesta innovadora y transformadora al proponer el desarrollo de la atención de enfermería según grupos etarios y como fundamentos para el proceso de enseñanza y de aprendizaje el paradigma hermenéutico interpretativo y la visión pedagógica desde el constructivismo. Posteriormente, en el 2009 se acreditó ante la agencia SINAES y en el 2014 se reacreditó por 6 años más, con lo cual se establecieron nuevos compromisos de mejora (Comisión de Autoevaluación y Acreditación, 2013). Para finalizar en el 2015, se realizó una reforma curricular parcial según la Resolución VD-R9355-2016 (Vicerrectoría de Docencia, 2016), la cual también pretendía dar respuestas a las nuevas necesidades contextuales.

La Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR), cuenta con el programa de grado y el programa de posgrado, siendo la única escuela pública que desarrolla esta carrera a nivel nacional. En la licenciatura, según el Sistema de Actualización Estudiantil (SAE) se reporta en los últimos dos años un ingreso de 160 nuevos estudiantes (80 estudiantes en el 2018, y 80 estudiantes en el 2019); otro dato de importancia es la cantidad de estudiantes graduados, por ejemplo: en el 2018 fueron 49 estudiantes (Universidad de Costa Rica, 2019). Quienes estudian esta licenciatura duran al menos 5 años, repartidos en 12 ciclos (10 ciclos semestres y 2 ciclos cortos-verano), en los cuales se totalizan 176 créditos que son distribuidos en 48 cursos, de ellos, 6 son cursos modulares que representan casi el 33% del total de créditos.

Su plan de estudios se conforma de cursos modulares establecidos de tal forma que el estudiantado desarrolle habilidades y brinde cuidados de enfermería según los grupos etarios, en los más diversos escenarios educativos. Para brindar cuidados profesionales se utiliza el *Proceso de Enfermería* (anteriormente conocido como proceso de atención de enfermería), este guía el pensamiento del personal de enfermería diariamente, es considerado una forma organizada y sistemática de pensamiento crítico que promueve un nivel competente de cuidados, representa una forma de resolución deliberada de problemas que engloba todas las acciones importantes que realizan las enfermeras, por lo cual establece la base para la toma de decisiones (Alfaro, 2014). Desde el plan de estudios se asume que a través de los cursos modulares de la Escuela de Enfermería se

proyectan prácticas docentes del profesorado con respecto a la formación del Proceso de Enfermería.

El Proceso de Enfermería ha evolucionado desde su creación en 1950 hasta la actualidad, al igual que lo ha hecho el personal docente de la Escuela de Enfermería a la hora de utilizarlo y enseñarlo. Tratando de seguir los pasos hacia el cuidado profesional, ha habido diversidad de experiencias, maneras y formas de implementarlo en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR), ya que en la propuesta curricular de 1998 se cita: “las profesoras de la Escuela de Enfermería acuerdan unificar la enseñanza del proceso de atención de enfermería lo que requiere profundizar en los fundamentos teóricos de la disciplina y la clasificación de términos” (Escuela de Enfermería, 1997, p.41).

Siguiendo esta revisión en relación con la formación del Proceso de Enfermería en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR) y con cuáles son las prácticas docentes asociadas, han quedado explícitas varias cosas a resaltar según los documentos que acompañan el plan de estudios. La primera es que hay un vacío en la interpretación de cómo se aborda el Proceso de Enfermería y desde qué prácticas docentes se puede concretar ya que se menciona que “el Proceso de Enfermería, no se tiene claro, no existe una definición teórica ni metodológica que oriente la totalidad del proceso” (Escuela de Enfermería, 1997, p. 124).

Un segundo aspecto que queda explícito es que, a pesar de los vacíos, el Proceso de Enfermería es de suma importancia en la formación de la enfermería, ya que se indica que “para la unidad académica, el proceso de atención de enfermería es el método que permite abordar el cuidado... debe continuar como parte fundamental que diferencia a la profesión de otras relacionadas con la salud de las personas” (Escuela de Enfermería, 1997, p.38,41).

Un tercer aspecto es que hay escasa evidencia de las prácticas docentes en relación al Proceso de Enfermería, pues aparte de lo citado anteriormente, no se encontró publicado ningún otro referente asociado directamente a las prácticas docentes

desarrolladas en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR). Por tanto, se recurrió a la indagación de qué había pasado antes de la reforma curricular total del 1998, a través de reuniones académicas con las personas docentes de mayor experiencia, a lo que resultó concluyente que el Proceso de Enfermería no solo se dirigía por los fundamentos disciplinares propios sino también por los principios propuestos por la NANDA Internacional, quienes representan una organización internacional creada con el fin de direccionar la unificación del lenguaje estandarizado de diagnósticos de enfermería, es decir, el desarrollo de una taxonomía que universalizara la semántica profesional.

En este mismo contexto se identificó que posterior al primer cambio curricular (en 1998), las personas docentes de la Escuela de Enfermería paulatinamente dejaron de utilizar esa manera de sistematizar el Proceso de Enfermería ya que, pareciera hubo una incorrecta interpretación del uso de la taxonomía NANDA, por tanto, al buscar alejarse del paradigma enfermero llamado categorización y al buscar ser coherentes con las nuevas posiciones paradigmáticas que pretendía proporcionar cuidados integrales e individualizados (los paradigmas enfermeros llamados Integración y Transformación), creían que la estandarización propuesta por la NANDA no era coincidente y, por tanto, su uso no fue profundizado.

Ya para 2015 con la última modificación curricular parcial, se decide retomar nuevamente la incorporación del uso de taxonomías con el fin de utilizar un lenguaje internacional estandarizado incorporando no solo la NANDA, sino también las nuevas taxonomías para clasificar los resultados esperados, es decir, los NOC (Nursing Outcomes Classification, por sus siglas en inglés) y las intervenciones de enfermería, es decir, los NIC (Nursing Interventions Classification, por sus siglas en inglés). Este cambio estuvo motivado por las sugerencias realizadas por los pares evaluadores externos durante el proceso de autoevaluación (Escuela de Enfermería, 2015).

Dado el contexto anterior, se hace necesario realizar un estado del arte respecto a las prácticas docentes desarrolladas en relación con el Proceso de Enfermería, con el fin de esclarecer el panorama y fundamentar la propuesta de investigación.

1.2. Hallazgos investigativos sobre el Proceso de Enfermería y su docencia

A continuación, se presentan los principales aportes teóricos-metodológicos encontrados a partir de una amplia revisión de artículos científicos de reciente publicación relacionados con el Proceso de Enfermería y la docencia asociada. Se hizo uso de los descriptores “teaching”, “enseñanza” o “docencia” y “nursing process”, “proceso de enfermería” y se consideraron artículos publicados en español, portugués e inglés de las bases de datos EBSCO, JSTOR y Google Académico.

1.2.1 Principales aportes teóricos

Al hacer lectura y análisis detallado de los datos, se organizó la información según los debates más relevantes y concernientes al tema de investigación, surgiendo dos grandes apartados: el primero corresponde al Proceso de Enfermería y su evolución histórico-conceptual y el segundo a aspectos generales de la docencia en enfermería.

1.2.1.1 El Proceso de Enfermería y su evolución histórico-conceptual

En este primer aspecto, resulta necesario partir desde la contextualización histórica de la enfermería, ya que como disciplina se considera muy nueva, esto a pesar de que el cuidado ha existido desde siempre. Se distinguen cuatro grandes periodos en el desarrollo histórico de la enfermería: la etapa doméstica del cuidado: comprende desde las primeras civilizaciones hasta la caída del Imperio Romano, ahí la mujer era la encargada de mantener la vida de las familias frente a las condiciones adversas del medio. En la etapa vocacional, se dio un giro producto del pensamiento cristiano en donde el concepto de salud-enfermedad tenía un valor religioso que se mantuvo hasta finales de la Edad Moderna. El tercer periodo se llamó etapa técnica y se caracterizó por la prestación de cuidados como auxiliar del médico, ya que a lo largo del siglo XIX y gran parte del XX, la atención a la salud estuvo centrada en la lucha contra la enfermedad y el saber médico imperaba. Por último, la etapa de profesionalización se da cuando en últimas décadas del siglo XX se consolida la enfermería como disciplina y como profesión

impulsada por Florence Nightingale, quien establece la responsabilidad enfermera en el cuidado de la salud de la población (Martínez y Chamorro, 2011).

Esta evolución histórica permea la realidad de la enfermería ya que según Solano (2012), se han heredado criterios y pensamientos que lejos de la profesionalización, restan solidez, limitan el crecimiento disciplinar e incluso oscurecen la autoimagen. Al respecto, Bernal y Ponce (2009) concuerdan que todavía prevalece el fantasma del servilismo, la honorabilidad, la moralidad y la humildad concebido por la influencia del cristianismo; y Mateo y Tomás (2006) afirman que la visión de la enfermería sigue ligada a la técnica (vacunando, midiendo, pesando, otros) y la ayuda al personal médico. Por tanto, es preciso asegurar junto a Aguayo, Castelló y Monereo (2015) que la identidad profesional en el terreno académico, en enfermería, está aún en construcción.

Al considerar el desarrollo histórico de la enfermería a través de los cuatro grandes periodos, queda evidente que es hasta en el último (la etapa de profesionalización) donde se da paso al desarrollo de la disciplina, se comienza a construir un cuerpo de conocimientos propios y se empieza a establecer los límites de lo que hace realmente enfermería. Amaro (2004) escribe en su artículo "Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería" que la milenaria práctica del cuidado comenzó a encontrar justificación teórica a finales del siglo XX, lo que permite perfeccionar sus prácticas cotidianas y su objeto de estudio particular que es el cuidado de las personas. Por eso se puede afirmar que es en la etapa de la profesionalización donde surge el Proceso de Enfermería cerca de 1950. A partir de este año y hasta la actualidad es que el Proceso de Enfermería va tomando diferentes formas, las cuales se suscriben a través de tres generaciones, cada una con características propias que permiten comprender cómo se piensa y se hace el Proceso de Enfermería (Tiga, Parra y Domínguez, 2014).

Durante la primera generación (1950-1970) las acciones estaban enfocadas a la recolección de datos, la planificación, implementación y evaluación del cuidado. Aquí, el identificar los problemas y buscarles solución era lo más común y lo más importante, lo cual siempre estaba relacionado con las condiciones de fisiopatología de los pacientes (Tiga, Parra y Domínguez, 2014), por esto, desde el punto de vista epistémico, estaba

contenido bajo las ideas planteadas por el paradigma de enfermería llamado categorización (González y Monroy, 2016).

En la segunda generación (1970-1990) surge la necesidad de crear e incluir los diagnósticos de enfermería, se centra en la resolución de problemas a través del pensamiento crítico y el razonamiento clínico, y se empieza a considerar las taxonomías con el fin de establecer un lenguaje estandarizado (Tiga, Parra y Domínguez, 2014). Esta generación toma fuerza el uso de los modelos conceptuales, pero además responde al paradigma de la integración y algunas pocas concepciones propias del paradigma de la transformación (González y Monroy, 2016).

En la tercera generación del Proceso de Enfermería (1990 a la actualidad) los resultados son el centro de atención (Tiga, Parra y Domínguez, 2014), estos permiten seguir los cambios en el estado de salud de las personas de una manera objetiva (González y Monroy, 2016). Esto es posible gracias al uso de las taxonomías NANDA, NIC y NOC, las cuales son de gran relevancia en la actualidad. Este periodo se rige bajo las ideas del paradigma de la transformación (González y Monroy, 2016).

Debido a esta evolución histórica es que existe una dicotomía entre lo que pasa en la práctica y lo que está en la literatura con respecto al Proceso de Enfermería. Esta dicotomía se refleja en el término utilizado, por ejemplo, Boaventura, Santos y Duran (2017) describen al menos 9 términos usados como sinónimos: sistematización de la asistencia, metodología de la asistencia, planificación de la asistencia, proceso del cuidado, metodología del cuidado, proceso de asistencia, consulta de enfermería, proceso de atención en Enfermería (PAE) y Proceso de Enfermería. Estos últimos son los más usados, evidenciado en Jara y Lizano (2016), González y Chaves (2009), Gómez y Rodríguez (2013), Martínez (2016), quienes utilizan el término Proceso de Atención de Enfermería (PAE) haciendo alusión al Proceso de Enfermería (en la extensión de este documento se utilizará Proceso de Enfermería y plan de atención de enfermería (PAE) indistintamente debido a que la literatura lo cita de esta manera).

En los estudios hay amplia evidencia de las características propias de las generaciones del Proceso de Enfermería, lo cual también lleva a demostrar la diversidad existente. Con respecto al uso de taxonomías se puede mencionar a Jara y Lizano (2016) quienes aseguran que hay mezclas con los lenguajes estandarizados a la hora de realizar diagnósticos de enfermería por parte del estudiantado costarricense. González y Chaves (2009) afirman que, en la Facultad de Enfermería de la Universidad Pontificia Javeriana, Colombia, utilizan los criterios propios de la disciplina para hacer el Proceso de Enfermería, pero además utilizan los criterios asociados a la taxonomía NANDA, aunque no hay claridad sobre la utilización de las taxonomías NIC y NOC.

Bayindir & Olgun (2015), afirman que el estudiantado turco encontró el método NANDA más difícil que el Modelo de Actividades de la Vida como método para hacer el Proceso de Enfermería. Mientras en Brasil, Pokorski *et al.* (2009) afirman que los profesionales de enfermería usan NANDA para establecer los diagnósticos de enfermería y en contraste Avelino *et al.* (2017), explica que el estudiantado aprende NANDA-I en la licenciatura, pues acostumbran utilizar el CIPE (Clasificación Internacional de la Práctica de Enfermería) el cual es un lenguaje internacional de la enfermería brasileña poco utilizado, pero bien valorado. Concluyendo, Kautz *et al.* (2006) menciona que la evolución y el desarrollo del lenguaje estandarizado de Enfermería han dado avances importantes en el trabajo del conocimiento de enfermería debido a que ha sido nicho de investigaciones durante las últimas tres décadas.

Con respecto a la aplicación, implementación y registro del Proceso de Enfermería, también existen variedad de posiciones. Jara y Lizano (2016) refieren que no hay uniformidad por parte del estudiantado a la hora de presentar los planes de cuidado ya que la tabla donde los registran presenta variabilidad de columnas y diferencias en el abordaje de cada fase del PAE, principalmente en la fase diagnóstica y en la evaluación. González y Chaves (2009) aseguran que en la Facultad de Enfermería han definido un cuadro donde se consignan todos los pasos del PAE, cuyos enunciados son: hallazgos, diagnósticos de enfermería, objetivos, planeación y ejecución; pero además han desarrollado un formato propio de recolección de datos (etapa de valoración) llamada “Guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon” adaptada, modificada

y actualizada (2007) por las personas docentes del área clínica, para ser aplicada y desarrollada por el estudiantado. En el escenario laboral también se presentan divergencias, Pokorski *et al.* (2009) afirman que siempre hay registros de enfermería en todos los casos; no obstante, estos se encuentran incompletos y la etapa diagnóstica fue la única que no estuvo registrada.

Cuando se consideran las teorías y modelos conceptuales como un elemento para el desarrollo del Proceso de Enfermería, las investigaciones coinciden en su importancia, no obstante, no hay claridad en cómo son utilizadas en la formación del Proceso de Enfermería. Gómez y Rodríguez (2013) consideran que el uso de teóricas y modelos conceptuales facilitan la comprensión del Proceso de Enfermería, pero no mencionan cómo; González y Chaves (2009) manifiestan que el estudiantado aplica referentes teóricos y los modelos conceptuales para garantizar el éxito del plan de cuidados en cada semestre, según el ciclo vital; y en discordancia, Jara y Lizano (2016) encontraron que, el uso por parte del estudiantado no fue explícito en sus informes ya que algunos lo incorporaban parcialmente y otros ni siquiera lo registraban.

Al revisar el Proceso de Enfermería desde aquellos elementos asociados a la resolución de problemas, el pensamiento crítico y el razonamiento clínico, todos concuerdan que es medular para su desarrollo. Por ejemplo, González y Chaves (2009) mencionan que el Proceso de Enfermería se conceptualizó como un proceso de resolución de problemas. Además, la formación de profesionales de enfermería prepara al estudiantado para la adquisición de pensamiento crítico, resolución de problemas, toma de decisiones, y habilidades de juicio clínico (Bayindir & Olgun, 2015). Se vincula el PAE con pensamiento crítico, resolución de problemas y emisión de juicios (Jara y Lizano, 2016), lo que coincide con Carvalho, Oliveira y Morais (2017) quienes expresan que el proceso de pensamiento que lleva el razonamiento clínico debe ocurrir en todas las fases del Proceso de Enfermería durante su uso en la práctica asistencial. En otros contextos, el CIPE permite la organización del razonamiento clínico (Avelino *et al.*, 2017). En contra punto, Martínez (2016) critica fuertemente que la evaluación del Proceso de Enfermería en estudiantes de una universidad colombiana se realiza a través de preguntas que no propician el pensamiento crítico y reflexivo.

Resulta necesario recalcar que esta diversidad bien documentada, también se refleja en las prácticas docentes, pues en las investigaciones el estudiantado asegura que “no hay una unificación entre los profesores, y uno sabe que hay profesores y profesoras que no saben cómo hacer proceso o que tienen otros criterios y no quieren cambiarlos, entonces los mayores afectados somos nosotros como estudiantes” (Jara y Lizano, 2016, p.213).

Esta diversidad existente genera percepciones diferentes respecto al Proceso de Enfermería, esto se refleja en lo considerado por algunos estudiantes al afirmar que la aplicabilidad real es escasa y queda como algo meramente académico (Jara y Lizano, 2016); mientras que otros aseguran que el uso de los diagnósticos de enfermería tiene tendencia positiva en su futura práctica (Tiga, Parra y Domínguez, 2014).

Es por todo lo anterior, que se podría suponer que hay deficiencias en la práctica de la implementación del Proceso de Enfermería, como lo certifica Pokorski *et al.* (2009). Situación que se agrava por otros factores como la baja credibilidad en el método, la formación deficiente en la universidad, la falta de conocimientos y el uso de planes estándares (Boaventura, Santos y Duran, 2017), además de las características propias de los sistemas de salud las cuales no facilitan su aplicabilidad, como las altas cargas de trabajo, estar centrado en el modelo curativo, la reducida apertura a las sesiones de análisis y discusión en el campo, el quehacer direccionado al cumplimiento de actividades delimitadas por otras carreras (Jara y Lizano, 2016).

1.2.1.2 Aspectos generales de la docencia en la enfermería

Para iniciar resulta necesario resaltar que los artículos analizados presentan una breve contextualización de cómo la disciplina enfermera es incluida dentro de las universidades, ya que, al ser muy nueva, su tradición también lo es. Por ejemplo, la carrera de enfermería ha sufrido cambios importantes en España (Aguayo, Castelló y Monereo, 2015) y en otros lugares como en el Reino Unido, donde es hasta 1992 cuando se empieza a considerar la formación de enfermería como formación académica

(Findlow *et al.*, 2012). Es por esto que Aguayo, Castelló y Monereo (2015) afirman que la carrera académica de los profesionales en enfermería es un territorio muy poco explorado que se encuentra aún en construcción en el terreno académico. Por su parte, Chrizostimo y Brandão (2015) refuerzan que la educación en enfermería ha evolucionado lentamente con el pasar del tiempo, pasando de lo directivo a una educación más reflexiva.

El aspecto reflexivo es uno de los elementos que se ha impulsado en la educación de la enfermería, ya que como lo apunta Alvarado (2016) la docencia universitaria tiene características muy diferentes a la docencia que se imparte en otros niveles educativos; por lo que se requiere de un cambio paradigmático, con variedad de métodos para la docencia, con objetivos claros y donde haya un mayor compromiso y protagonismo del tutorado en su formación (Rivera, Jiménez y Rodríguez, 2013). Se coincide con Rodríguez y Jiménez (2009) cuando afirman que se requiere de nuevos modelos de educación en los que el eje fundamental sea el estudiantado, visto como un ser integral, superando los modelos didácticos tradicionales.

El equilibrio en la participación de docentes y estudiantes se vuelve fundamental para el proceso formativo, es por esto que Rivera, Jiménez y Rodríguez (2013) proponen que la colaboración entre el tutor y el estudiantado es primordial, con el fin de gestar un diseño común de intervenciones y estrategias que conduzcan al cambio y la vez que sean consecuentes con las habilidades, experiencias, metas y valores de ambos participantes. Apoyado esto por Hickey, Hasnani & Ryba (2015) quienes concluyeron que para el estudiantado el desarrollo de un enfoque práctico e interactivo resulta más atractivo para ellos y para sus docentes y que además es un enfoque teórico viable y valioso para la enfermería porque tiene potencial para reducir la brecha entre la teoría y la práctica.

Para lograr esta participación equilibrada, el docente debe estar en constante reflexión del contexto, de las vivencias de sus estudiantes y lo que realiza comúnmente para poder reorientar, rediseñar y reestructurar los procesos de enseñanza y aprendizaje, con el fin de lograr los mayores niveles de comprensión teórico-práctica (Gómez y Rodríguez, 2013). Esto hace imperativo que los tutores estén dispuestos a romper con las maneras

tradicionales de la docencia y que se caractericen por ser más flexibles, críticos, propositivos, analíticos y dispuestos a trabajar de manera colaborativa con los alumnos (Rivera, Jiménez y Rodríguez, 2013). Esta práctica reflexiva implica un desafío de trabajo colectivo entre las instituciones educativas y de salud, la cual contribuirá a formar profesionales capaces de incidir de manera positiva en el complejo mundo del cuidado de enfermería (Morán *et al.*, 2016).

Lo anterior resulta necesario ya que la universidad contemporánea plantea nuevos retos a la formación profesional, los cuales deben garantizar el desarrollo de conocimientos y habilidades para el desempeño de una profesión en un contexto histórico-social determinado y además formar fundamentalmente en motivaciones, valores, habilidades y recursos personales que posteriormente le permitan a la persona desarrollarse con eficiencia, autonomía, ética y compromiso social en contextos diferentes, heterogéneos y cambiantes (González, 2006). Y en el caso específico de las escuelas formadoras del área de la salud, las prácticas docentes deben estar orientadas a responder realmente a las necesidades de salud de las poblaciones (Rivera, Jiménez y Rodríguez, 2013).

Como una manera de dar respuesta real a las necesidades es que ha surgido y se ha desarrollado la innovación educativa en enfermería; propiamente asociado al Proceso de Enfermería se evidenció en la experiencia vivida por un grupo de estudiante y docentes en Qatar, por ejemplo, aquí implementaron el enfoque de aprendizaje situado. Se incluyeron escenarios de casos, práctica reflexiva y análisis (debriefing), aprendizaje cognitivo, colaboración, entrenamiento (coaching), prácticas múltiples, articulación de las habilidades de aprendizaje y el uso de la tecnología; con todo esto lograron concluir que el proceso de enseñanza y aprendizaje mejoró (Hickey, Hasnani & Ryba, 2015). Coincidente, Avelino *et al.* (2017) al investigar sobre el ambiente virtual de aprendizaje en relación con el Proceso de Enfermería, refuerzan la necesidad de incorporar la innovación tecnológica en la enseñanza de la enfermería brasileña, sin embargo, afirman que es una realidad que apenas está en desarrollo. Además, es importante mencionar a Gómez y Rodríguez (2013), quienes, utilizando la narrativa como estrategia para enseñar el Proceso de Enfermería, determinan que su contribución fue sustanciosa

para el estudiantado con poca experiencia, ya que permite describirlo de manera comprensible y facilita el proceso lecto-escritor y el acercamiento con el lenguaje técnico. En fin, el uso de estrategias diversas y un marco conceptual claro favorece los procesos de enseñanza y aprendizaje.

Otro aspecto que muestran las investigaciones es la alta complejidad en la que está inmersa la docencia en enfermería, como lo menciona Aguirre (2007, p.70) “el ejercicio de la formación en enfermería es complejo”. Siendo una afirmación fuerte, es posible asociarlo a múltiples factores, dos de ellos son, la experiencia y el contexto. La primera, es considerada uno de los mayores obstáculos en el desempeño docente (Aguayo, Castelló y Monereo, 2015) y el segundo, está relacionado con las experiencias clínicas que se desarrollan en escenarios diversos y poco controlados, ya que como lo afirman Rivera, Jiménez y Rodríguez (2013) el tutor y tutorado experimentan sobrecarga emocional al desarrollar las acciones para el cuidado en escenarios reales, siempre nuevos y no controlables en su totalidad, causando desconciertos, dudas y logros que debe ser visualizados como oportunidades de desarrollo en todo momento. En lo expuesto por Moreno, Prado y García (2013) se menciona que las experiencias clínicas en la formación de los profesionales de enfermería, constituyen uno de los más importantes factores en la adquisición de los conocimientos y el desarrollo de las habilidades para brindar un cuidado holístico y de calidad a las personas. Coincidiendo Zarza y Luna (2014, p. 137) afirman que “el aprendizaje del cuidado se da a través de la experiencia, que es a su vez una vivencia espacial y entramada en relaciones complejas que le alimentan”.

De manera similar Moreno, Prado y García (2013) aseguran que, en el ámbito de enfermería, el ambiente de aprendizaje, es considerado, complejo y multifuncional; el estudiantado debe desempeñar distintas acciones tendientes a la gestión del cuidado. Y no solo el estudiantado, sino también la persona docente, ya que estos tienen demasiadas ocupaciones de gestión y coordinación lo que dificulta dedicar más tiempo a la enseñanza dentro de la práctica clínica, situación que afecta el aprendizaje en el estudiantado. En síntesis, la responsabilidad de cuidar no solo es un reto, sino también una de las tareas más difíciles, las cuales ocasionan ansiedad e insatisfacción tanto al

estudiantado como a las personas docentes, la mayor parte del tiempo (De Oliveria, Da Silva y Do Nascimento, 2007).

Por otra parte, la docencia en enfermería está condicionada por los roles que desempeña la persona docente. Siendo menester exponer los aspectos más relevantes encontrados en las investigaciones. El primer punto corresponde a los términos utilizados para denominar la persona que tiene este rol, ya que existe diversidad de vocablos, el más común es docente (Aguayo, Castelló y Monereo, 2015; Martínez, 2016; Aguirre 2007; Monero y Domínguez, 2014; González y Chaves, 2009), pero también se utiliza mentor, supervisor, preceptor (Löffmark, Morberg, Öhlund & Ilicki, 2009), o docentes clínicas (Aguirre, 2007), o tutor (Rivera, Jiménez y Rodríguez, 2013). Estos términos se utilizan en algunas ocasiones como sinónimos, en otras no. Por ejemplo, el término tutor, supervisor o docente clínico tiene otras connotaciones diferentes a las del término docente, están asociados a las características que imperan en cada contexto, en otros responden a categorías administrativas propias de las universidades o a las condiciones laborales, es decir, si trabajan exclusivamente para la universidad o si por el contrario la universidad es un tiempo laboral extra. Con esto se evidencia una situación de segmentación o categorización, además de falta de claridad en los alcances de su labor.

Siguiendo con los roles, la persona docente de enfermería, se considera un modelo que da acompañamiento (Gómez y Rodríguez, 2013) y que supervisa la labor del estudiantado (Löffmark, Morberg, Öhlund & Ilicki, 2009; González y Chaves, 2009). Esto tiene una especial importancia pues la supervisión se convierte en un puente entre la educación teórica y la aplicada, por eso recomiendan que las personas docentes deben ir a los lugares de trabajo para disminuir la brecha que existe entre el mundo de la escuela y el mundo laboral (Löffmark, Morberg, Öhlund & Ilicki, 2009). Esa labor de disminuir la brecha entre la teoría y práctica se vuelve medular para Hickey, Hasnani & Ryba (2015) solo se logra a través de estrategias oportunas para los contextos.

Gestionar y coordinar con las instituciones para la integración docencia-servicio es otro de los roles más resaltados en la literatura (Rivera, Jiménez y Rodríguez, 2013;

González y Chaves, 2009; Moreno, Prado y García, 2013); esto es indispensable para el logro de los objetivos pues de no hacerse la aparición de diversidad de obstáculos para el desarrollo de la práctica clínica podrían tomar protagonismo. Y por supuesto, brindar asesoría, demostrar confianza y manifestar interés por el aprendizaje del tutorado también destacan como acciones principales de la persona docente (Rivera, Jiménez y Rodríguez, 2013).

Toda esta labor queda en riesgo cuando el vínculo que tienen los docentes con la universidad no es sólido, ya que en la medida de cuan estrecha sea la relación mejor podría ser su desempeño, ya que Löffmark, Morberg, Öhlund & Ilicki (2009) explican que las personas docentes que perciben falta de colaboración por parte la universidad se sienten frustrados y piensan que el contacto reforzaría su papel como mentores.

Alvarado (2016) sugiere que la persona docente universitario debe poseer una variedad de características y conocimientos académicos, para desarrollar las estrategias necesarias que garanticen un adecuado proceso de enseñanza y aprendizaje. Al respecto Pokorski *et al.* (2009) indicaron en su estudio que el nivel de las personas docentes tiene consecuencias directas en la calidad profesional de los enfermeros, ya que estos proporcionan abordajes más científicos, organizados y sistemáticos. Esto a su vez afecta profundamente a la calidad de los servicios prestados (Chrizostimo y Brandão, 2015).

Por lo tanto, Becerril y Ponce (2013) puntualizan que las enfermeras que ejercen la docencia o aquellas que se quieren dedicar a ello, necesitan una formación específica para el desempeño de esta función. Pues como lo señala Aguirre (2007), en ocasiones son excelentes enfermeras, pero se les dificulta la enseñanza, reflejándose incongruencias en el discurso de algunas profesoras entre lo que enseñan y lo que hacen en la práctica y lo que dice el plan de estudios.

Dado lo anterior, es hora de dirigir la mirada hacia las prácticas docentes asociadas al Proceso de Enfermería. Son escasos los estudios que puntualizan el tema y en su mayoría se presentan desde la voz del estudiantado. Jara y Lizano (2016) concluyen que la posición académica, es decir, la posición de la persona docente, influye en la

apreciación y actitud que desarrolla el estudiantado sobre el Proceso de Enfermería. Esto se torna complejo cuando los profesores no tienen la claridad suficiente para enseñarlo o no unifican los criterios utilizados, lo que causa confusión en el estudiantado (Jara y Lizano, 2016). Esta diversificación en la enseñanza a lo largo del plan de estudios, impide la integración teórico-práctica y pone en riesgo que el método se consolide en la enfermería (Jara y Lizano, 2016).

Otro aspecto asociado a las prácticas docentes es la gran cantidad de productos de aprendizaje (procesos de enfermería) solicitados por la persona docente en poco tiempo, lo cual causa sobrecarga y es percibido por el estudiantado como un desbalance entre los productos escritos y la puesta en práctica a través del cuidado directo (Moreno, Prado y García, 2013).

El Proceso de Enfermería es una manera común de evaluar el desempeño del estudiante. Al respecto González y Chaves (2009) refieren que el PAE es parte de la evaluación formativa usada diariamente en la práctica clínica en la Facultad de Enfermería y para ello las personas docentes tienen un formato establecido y conocido por el estudiantado. En contraste, Martínez (2016) afirma los criterios de evaluación no están claramente definidos y sugiere que debiera asumirse desde una posición dialéctica.

Para González y Chaves (2009) la aplicación del Proceso de Enfermería se sigue construyendo diariamente. Para Jara y Lizano (2016) los conocimientos del estudiantado sobre el PAE en sus primeros años de carrera fueron imprecisos y su aplicación fue reducida y difícil. No obstante, reconocen que hubo un cambio favorable en la aplicación del PAE después de que las personas docentes se apoyaran con bibliografía, con estrategias como el mapa conceptual y al dar seguimiento de la implementación del método.

Bayindir & Olgun (2015) evidenciaron en su estudio que el estudiantado de segundo año de enfermería, presentaban dificultad en la integración de los conocimientos teóricos en la práctica, es decir, los planes de cuidado no reflejaban con claridad los

conocimientos requeridos para abordar el cuidado de las personas según sus enfermedades o situaciones de salud. Siendo el PAE primordial para la integración teórico-práctica (Jara y Lizano, 2016).

Respecto al rol docente asociado al Proceso de Enfermería Jara y Lizano (2016) mencionan que estaba encaminado a la mantener una estructura para el plan de cuidado y para la práctica de técnicas especializadas, limitando su potencial real.

Para cerrar este apartado sobre la docencia en enfermería, es importante exponer la relación planteada por los investigadores sobre Proceso de Enfermería y el currículo. Todos coinciden en que es un elemento medular (Jara y Lizano, 2016; González y Chaves, 2009; Gómez y Rodríguez, 2013; Bayindir & Olgun, 2015; Tiga, Parra y Domínguez, 2014).

Específicamente González y Chaves (2009) dicen que en la formación del profesional de enfermería el PAE es transversal en el currículo. De manera similar Tiga, Parra y Domínguez (2014) aseguran que en los programas de formación universitaria se han definido competencias sobre el Proceso de Enfermería en los planes de estudio de enfermería, específicamente en una universidad colombiana 7 de 19 competencias del nivel IV y 12 de 40 competencias del nivel VI son exclusivas sobre el proceso, esto por ser esencial en el cuidado. También, Bayindir & Olgun (2015) mencionan que el Proceso de Enfermería se presenta en todos los cursos clínicos de una universidad turca de acuerdo con el contexto teórico y aplicado de los cursos. Por su parte, en la Facultad de Enfermería de la Universidad Pontificia Javeriana existe una organización del currículo que ha permitido que el estudiantado reciba el sustento teórico interdisciplinario durante el primer bloque de cada semestre para que en el segundo bloque puedan desarrollar todos los pasos del PAE y así cumplir los objetivos de las asignaturas (González y Chaves, 2009). A manera de resumen Jara y Lizano (2016) y Gómez y Rodríguez (2013) comparan el Proceso de Enfermería con un puente que une la academia y la disciplina profesional, otorgándole valor científico e integrativo en la práctica de enfermería.

1.2.2 Principales aportes metodológicos

Por otra parte, los principales aportes metodológicos encontrados en los artículos analizados se pueden desglosar en dos. El primero corresponde a cuáles son las voces protagónicas de las investigaciones; y el segundo, cuáles son las poblaciones abarcadas.

En primera instancia, llama la atención que las voces contenidas en los estudios sobre el Proceso de Enfermería y la docencia, es la del estudiantado (Hickey, Hasnani & Ryba, 2015; Bayindir & Olgun, 2015; Gómez y Rodríguez, 2013; Tiga, Parra y Domínguez, 2014; Rivera, Jiménez y Rodríguez, 2013; Moreno, Prado y García, 2013; Zarza y Luna, 2014; Jara y Lizano, 2016; Martínez, 2016; Avelino *et al.*, 2017); incluso Rivera, Jiménez y Rodríguez (2013) utilizan la voz del estudiante para analizar la labor docente. Esto se contrasta con los estudios que muestran las voces de las personas docentes, los cuales son considerablemente menos (Martínez, 2016; Aguayo, Castelló y Monereo, 2015; González y Chaves, 2009; Löffmark, Morberg, Öhlund & Ilicki, 2009; Aguirre 2007). Al respecto resulta útil mencionar que solamente Martínez (2016) circunscribe reflexiones específicamente entorno a la formación del Proceso de Enfermería, en las cuales se evidencia la coexistencia de posiciones teóricas de las tres generaciones existentes.

En segunda instancia, se demuestra que la población que está siendo escuchada son, en su mayoría, el estudiantado matriculado en los primeros tres años de carrera (Hickey, Hasnani & Ryba, 2015; Bayindir & Olgun, 2015; Gómez y Rodríguez, 2013; Tiga, Parra y Domínguez, 2014; Rivera, Jiménez y Rodríguez, 2013; Moreno, Prado y García, 2013). Son muy pocos los estudios que consideran el estudiantado de los últimos años (Moreno, Prado y García, 2013; Zarza y Luna, 2014; Jara y Lizano, 2016). Esto tiene relevancia ya que según Bayindir & Olgun (2015), aseguran que el estudiantado de últimos años puede dar un panorama amplio, ya que, a mayor edad, mayores habilidades y capacidades.

Al ver el panorama mostrado en el estado del arte, se hace necesario profundizar sobre la labor de las personas docentes universitarios en enfermería al ser una disciplina de reciente desarrollo. Bien lo planteaba Chrizostimo y Brandão (2015) al decir que es

necesario seguir invirtiendo en la investigación en el área de enfermería, pues constituye una contribución expresiva para la comprensión de la enfermería como práctica especializada, la cual debe hacerse desde las universidades con el fin de enriquecer las concepciones teóricas y fortalecer los proyectos políticos pedagógicos y mejorar calidad en los métodos de enseñanza.

La evolución histórica presentada tanto de la enfermería como del desarrollo disciplinar de sus métodos, entraña una compleja realidad que merece ser reflexionada; debido a que esto se permea hasta las vivencias formativas en las universidades. Es claro que hay una coexistencia de posicionamientos con respecto al Proceso de Enfermería y sus respectivas generaciones, lo cual causa confusión y hasta dificultad para su puesta en práctica. En primera instancia por la diversidad de términos y por la variedad de maneras de implementarlo a nivel mundial tanto en el contexto académico como en el profesional y seguido de la escasa producción científica relacionada con las prácticas docentes asociadas al Proceso de Enfermería, hace que la presente propuesta de investigación tenga un asidero sólido.

No menos importante resulta mencionar que las investigaciones asociadas al tema apuntan hacia prácticas orientadas a la reflexión constante del proceso de enseñanza y aprendizaje, y donde la persona docente desarrolle propuestas acordes a lo establecido en los proyectos curriculares en conjunto con el estudiantado, quienes tienen un protagonismo particular. Aquí el rol docente y la requerida formación especializada, el vínculo con la universidad y la coherencia con el currículo, se vuelven medulares. No obstante, no se refleja con claridad las prácticas docentes asociadas al Proceso de Enfermería pues son poco indagadas. Esto además se asocia a que la mayoría de las investigaciones fueron planteadas desde las voces del estudiantado en sus primeros años de carrera, lo cual plantea un panorama limitado y parcializado.

1.2.3 Otros aportes interesantes

Este constituye un breve apartado que recoge información encontrada en artículos de opinión, por lo cual no pudieron ser considerados en el apartado anterior, pero que a su vez son de importante pues contextualiza parte de la realidad del Proceso de Enfermería y su docencia.

Por su parte, Carpenito (2010), enfermera de reconocimiento mundial y experta en el tema de Proceso de Enfermería, explica con respecto a la enseñanza de los diagnósticos de enfermería que las universidades han hecho un esfuerzo por visibilizar este contenido en los programas de los cursos y este debe ser enseñado desde el inicio de carrera. Sin embargo, crítica fuertemente que las discusiones en el aula son enfatizadas en las condiciones médicas por lo cual las personas docentes guían al estudiantado a aprender diagnósticos de enfermería-médica y los dejan solos a la hora de aprender los diagnósticos de enfermería. También resalta que el hecho de ser profesor no asegura que saben sobre Proceso de Enfermería. Cierra comentando algunas estrategias que pueden ayudar al docente a la hora de hacer integración clínica de los diagnósticos de enfermería, entre ellas la experiencia clínica focalizada, las pre-post conferencias, listas de problemas, entre otras.

En el caso de LaDuke (2008) nos acerca a posicionamientos contrapuestos entre el Proceso de Enfermería (como sistema de pensamiento) y los planes de cuidado (como registro escrito del procesamiento de la información y la acciones para la toma de decisiones). Ella comenta que escribir los planes de cuidado fue una manera excelente de aprender Proceso de Enfermería en la universidad, pero que esto perdió relevancia al estar asociado a los organismos que acreditan los servicios de salud como la Joint Commission. Por lo que habitualmente las presiones ejercidas por estas instancias son las que impulsan la creación de los planes de cuidados, imponiéndose el uso de planes preimpresos (planes estándares) sacados de un archivo, o planes de cuidados través de programas computarizados (que solo permiten activar e inactivar la documentación), por lo cual nunca resulta útil ni de importancia para los enfermeros ya que además estos planes de cuidado son eco del plan médico. Propone más bien que la manera de pensar

para hacer Proceso de Enfermería debe extenderse al equipo de salud y con ello utilizar los planes interdisciplinarios, pues para ella, el plan de cuidados tal y como está, pertenece al pasado.

Otra referencia fue la de Ramírez, A. (2016), donde se expone una reflexión sobre lo qué es y no es el Proceso de Enfermería. Empieza con la afirmación de que los responsables de la formación de enfermería asocian el Proceso de Enfermería como sinónimo de pensamiento crítico, lo cual es una primera alerta que genera preocupación pues es una parte, pero no es solo eso; lo que sí es, es la plataforma del razonamiento clínico. Menciona que no es el único proceso que utilizan las enfermeras ni es el único proceso científico de resolución de problemas. Lo que sí requiere es de habilidades y capacidades que pueden estar divididas en 3 categorías: cognitiva (asociada al pensamiento y razonamiento), psicomotora (correspondiente al hacer) y afectiva (en la que se consideran los sentimientos y valores).

1.3 Problema de investigación

La mayoría de las investigaciones descritas aquí permiten visualizar de manera general el tema en el contexto universitario internacional, estas muestran aspectos ordinarios, inespecíficos y en contextos muy diferentes a lo acontecido en Costa Rica. Estos datos son “útiles para entender el problema y servir de marco de referencia, pero resultan claramente insuficientes para comprender en profundidad la situación real de nuestra universidad y las posibles mejoras que podrían abordarse en ellas” (Pérez, Sarmiento, Zabalza, 2012, p.150). Dicha información es pertinente para confirmar la necesidad que existe en el contexto local de ahondar sobre las prácticas docentes desarrolladas en relación con el Proceso de Enfermería, situación que puede ser atendida a través de un proceso investigativo desde el que se pueden gestar interesantes aportes al mejoramiento de la formación en enfermería.

Al realizar esta investigación se espera generar aportes en varios ámbitos como la docencia universitaria ya que al ser enfermería una disciplina tan novel en el ambiente

universitario, el conocimiento disponible sobre las prácticas docentes es escasa, por ello se pueden abrir nuevos panoramas del quehacer docente enriqueciendo la comunidad científica local e internacional. Al respecto Artorozaaga menciona que las investigaciones en esta área son necesarias para “romper con el carácter anónimo del ejercicio de la docencia universitaria, permitiendo la socialización y la transformación de un patrimonio significativo y colectivo de las teorías y metodologías implicadas en las experiencias docentes” (Artolozaaga, *et al.*, 2012, p.6). Ya que el conflicto no está en sí se realiza o no algo, sino más bien en la escasa visibilización de las realidades.

Con ello la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR) tendría un insumo más para reflexionar y a la vez accionar propuestas que permitan robustecer u optimar la enseñanza del Proceso de Enfermería. Esto a su vez beneficiará a la comunidad estudiantil pues son los implicados directos de las prácticas docentes y también a las personas que reciben las intervenciones de cuidado que éstos les brindan. De esta forma vigorizan la imagen social de la disciplina en el país ya que el mantenerse poca claridad y escasa evidencia en relación con las prácticas docentes asociadas al Proceso de Enfermería se perpetúa la desarticulación, la falta de credibilidad disciplinar, la limitada autonomía y un impacto menor en la población atendida.

Resulta necesario entonces acercarse a la realidad de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR) para abrir nuevos panoramas y posibilidades. Alvarado (2016, p. 11) afirma que “hay carencia de investigación respecto de las competencias que debe tener un enfermero (a) que se dedique a la docencia en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR) específicamente”. Esta insuficiencia puede estar asociada a la variedad de presiones políticas, teóricas, profesionales y sociales que comúnmente condicionan la formación en salud (Chrizostimo y Brandão, 2015).

En Costa Rica, no solo hay carencia de investigaciones sobre Proceso de Enfermería dentro de los contextos universitarios como lo afirma el estudio costarricense realizado por Jara y Lizano en la Escuela de Enfermería de la UCR (2016, p.208) “en Costa Rica no se sabe con seguridad cómo se aplica el Proceso de Enfermería, pues no hay suficientes

estudios del tema”, sino que tampoco hay claridad sobre las prácticas docentes asociadas, pues no se encontraron estudios correspondientes. Esto pese a que esta casa de formación cuenta con cuatro áreas de investigación, de las cuales una es dirigida exclusivamente a los procesos educativos y cuenta con una línea de investigación llamada educación para la formación en enfermería. Cabe mencionar que al momento se encuentra solo un proyecto de investigación inscrito, con el cual se esperan generar grandes aportes; no obstante, estos no estarían asociados directamente a la propuesta de esta investigación, consecuentemente abriéndose un camino hacia aportes concretos y pertinentes y dando respuesta a las recomendaciones de Jara y Lizano (2016, p.214) cuando dicen que es “imprescindible incorporar líneas formales de indagación que continúen explorando el fenómeno de Proceso de Enfermería en Costa Rica”.

Otra de las problemáticas asociadas es que no existe unificación entre lo que realizan las personas docentes, pues así lo afirman los autores Jara y Lizano (2016, p.213) “no hay una unificación entre los profesores, y uno sabe que hay profesores y profesoras que no saben cómo hacer proceso o que tienen otros criterios y no quieren cambiarlos, entonces los mayores afectados somos nosotros como estudiante”.

No se puede dejar de mencionar que en las evidencias encontradas se observaron posicionamientos contradictorios sobre elementos disciplinares considerados en el desarrollo del Proceso de Enfermería, como ejemplo las mezclas en el uso de los lenguajes estandarizados reportados por Jara y Lizano (2016); lo que a su vez genera confusión en la manera en que se dan las prácticas docentes. Específicamente el uso de los lenguajes estandarizados a la hora de sistematizar y registrar el Proceso de Enfermería es un tema sensible. Todo esto está unido, según Jara y Lizano (2016), a que algunos docentes estuvieron más enfocados en la estructura del plan de cuidados, es decir, al registro de las intervenciones, que en el Proceso de Enfermería en sí mismo (considerado como la manera en la que se utiliza el pensamiento crítico para la sistematización de los cuidados brindados).

A pesar de estos elementos no tan alentadores, es preciso mencionar que en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR) se han hecho esfuerzos por unificar y optimizar los procesos de enseñanza en relación al Proceso de Enfermería a través de espacios de reflexión y procesos formativos al personal docente (según el Programa de Educación Continua). Es por estos que el estudiantado reconoce un cambio favorable en la aplicación del Proceso de Enfermería cuando las personas docentes incluyeron bibliografía de apoyo y estrategias complementarias como el uso del mapa conceptual (Jara y Lizano, 2016).

Por tanto, el problema en esta investigación se concreta en la poca claridad y escasa evidencia de cómo los profesores de enfermería desarrollan sus prácticas docentes en relación al Proceso de Enfermería considerando que las prácticas docentes son las acciones que responden al quehacer cotidiano de los profesores por medio de interrelaciones subjetivas con propósitos formativos (Montes, Caballero y Miranda, 2017) se hace preciso contemplar las concepciones asumidas por las personas docentes en relación con el Proceso de Enfermería, las maneras en que desarrollan su práctica docente y el contexto donde se contemplan los recursos disponibles, las estrategias didácticas implementadas, las interacciones entre los participantes en el proceso formativo, entre otros.

Por lo tanto, la pregunta orientadora de esta investigación es:

¿Cómo se desarrollan las prácticas docentes en relación con el Proceso de Enfermería en el Curso EE-0512/Módulo 6: Intervención de Enfermería con la adultez mayor de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR)?

1.4 Objetivos de investigación

General

Analizar las prácticas docentes en relación con el Proceso de Enfermería, en el Curso EE-0512/Módulo 6: Intervención de Enfermería con la adultez mayor de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR).

Específicos

1- Identificar las concepciones con respecto al Proceso de Enfermería que tienen las personas docentes del Curso EE-0512/Módulo 6: Intervención de Enfermería con la adultez mayor de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR).

2- Caracterizar las prácticas docentes en relación con el Proceso de Enfermería en el Curso EE-0512/Módulo 6: Intervención de Enfermería con la adultez mayor.

3- Comprender el contexto en el que la persona docente gestiona el proceso de enseñanza relacionado con el Proceso de Enfermería en el Curso EE-0512/Módulo 6: Intervención de Enfermería con la adultez mayor.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

A continuación, se presentan los fundamentos teóricos-conceptuales que orientan esta investigación. La primera parte permite un acercamiento a los aspectos más relevantes relacionados con el Proceso de Enfermería como parte de las prácticas docentes en Enfermería, el segundo apartado presenta las prácticas docentes asociadas al Proceso de Enfermería y a modo de cierre se contempla la Teoría de la Actividad con insumo para la comprensión de las prácticas docentes.

2.1 El Proceso de Enfermería como parte de las prácticas docentes en Enfermería.

En esta primera parte, se mencionan los elementos más importantes para comprender el Proceso de Enfermería dentro de la enseñanza de la disciplina enfermera, por lo cual resulta necesario hacer un acercamiento a conceptos y fundamentos básicos partiendo de un breve recorrido histórico-conceptual que converja hasta el Proceso de Enfermería.

El cuidado ha existido desde siempre, por lo que Martínez y Chamorro (2011), distinguen cuatro grandes periodos en el desarrollo histórico de la enfermería: la etapa doméstica, la etapa vocacional, etapa técnica y la etapa de profesionalización donde consolida la enfermería como disciplina y como profesión.

Esta evolución histórica permea la realidad de la enfermería ya que se han heredado criterios y/o pensamientos que lejos de la profesionalización, restan solidez, limitan su crecimiento e incluso oscurecen su autoimagen (Solano, 2012). En contraste, Medina (1999) afirma que, en el desarrollo histórico de la actividad de cuidar a las personas, se han realizado esfuerzos por construir un cuerpo de conocimientos propios que le den sentido y mantengan una base científica, los cuales han dado frutos produciendo diversos modelos conceptuales y teorías que explican el qué, cómo y para qué de la enfermería.

Como parte del cuerpo de conocimientos “existe todo un proceso histórico y científico que posiciona el cuidado como el objeto de estudio de Enfermería y que sustenta investigaciones centradas en brindar aportes para el fortalecimiento del cuerpo disciplinar” (Ramírez, N., 2016, p. 67). Con ello es importante recordar que no hay un concepto único de cuidado debido a que su naturaleza se fundamenta en diversas corrientes filosóficas convirtiéndolo en un elemento multidimensional que requiere continua reflexión (Rivera y Herrera, 2016).

Por tanto, se señalará el cuidado como una actitud humana que se vive de forma particular al darse un conocimiento de la persona como ser humano total y completo; en el que se circunscriben fenómenos complejos, multiculturales y multifacéticos que posee elementos científicos, humanísticos y técnicos (Bernal y Ponce, 2009).

Dentro de este panorama es preciso aclarar que el cuidado es inherente al ser humano (Rivera, 2004), no es exclusivo de la disciplina enfermera. Por lo que diferenciar el cuidado tradicional del cuidado científico resulta necesario. El primero es todo aquel acto que naturalmente realizan unas personas por otras enfocadas en la protección y preservación de la especie, mientras que el segundo, es competencia propia de la enfermería y “posee todo un cuerpo articulado de conocimientos en el que, través de un método, se conjugan el saber con el hacer por medio de acciones intencionadas y sustentadas” (Ramírez, N., 2016, p. 69).

Por tanto, el cuidado profesional está respaldado en criterios científicos, los cuales buscan generar respuestas oportunas y seguras orientadas a las necesidades humanas por medio de la reflexión crítica de las complejas realidades convergentes en las personas y/o grupos, y la vez, se alejan de la patologización y superficialidad de las técnicas procedimentales que han prevalecido históricamente, todo gracias a una manera sistemática de organizar el saber y el hacer.

Ramírez N., (2016), hace referencia al Proceso de Enfermería, también conocido por diversidad de términos. González y Morroy (2016) describen algunos detalles no

descritos en apartados anteriores respecto a los aspectos históricos; ellas destacan la participación de algunas enfermeras que lideraron el surgimiento del Proceso de Enfermería, como Lydia Hall quien en 1955 propuso por primera vez que la actuación de enfermería era un “proceso” centrado en el cuidado, donde se aplicaban conocimientos para desarrollar planes de cuidados, sustentados científicamente con un método diferente al médico. Posteriormente, Jhonson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963, plantearon que el proceso constaba de tres etapas: valoración, planeación y ejecución. Yura y Walch en 1967 incluyeron la etapa de evaluación. Poco tiempo después, se incluyó la etapa de diagnóstico al definir y justificar la existencia de un juicio clínico de enfermería, esto en 1974 por parte de Bloch en conjunto con otras enfermeras.

El Proceso de Enfermería es una forma organizada y sistemática de pensamiento crítico, el cual promueve un nivel competente de cuidados, representa una resolución deliberada de problemas, y engloba todas las acciones importantes que realizan las enfermeras, por lo cual establece la base para la toma de decisiones (Alfaro, 2014). Es considerado una metodología fundamental del trabajo enfermero, por medio de la cual se permite proporcionar cuidados integrales sistemáticos y humanísticos en manera lógica y organizada para las personas (Universidad de Ciencias y Humanidades de Perú (UCH), 2011). Este proceso tiene seis propiedades o características fundamentales (Grupo CTO, 2016):

- Es sistemático por lo que refleja un orden para conseguir el objetivo propuesto.
- Es dinámico ya que tiene la capacidad de modificarse en el tiempo y adecuarse a los posibles cambios en las respuestas de las personas o comunidad debido su continua reevaluación.
- Está dirigido a un objetivo concreto, es decir, sirve de herramienta para atender las necesidades humanas que son el objetivo enfermero.
- Es flexible debido a que se puede adaptar a las necesidades particulares de la persona o comunidad.
- Tiene base teórica en los modelos o teorías de enfermería, siempre sustentado en los metaparadigmas.

-Es un elemento clave en la historia de salud del individuo.

Por tanto, el Proceso de Enfermería es más que una guía para la planificación y documentación formal de los cuidados, ya que requiere del razonamiento clínico para su correcto uso, favoreciendo la toma de decisiones en la resolución de necesidades (Alfaro, 2014; Ramírez, A., 2016). El mismo consta de cinco etapas que son “subsecuentes, engranadas, interrelacionadas” (Reina, 2010, p.19), las cuales se describen a continuación de manera breve:

-La valoración es un proceso organizado y sistematizado para recoger los datos sobre la persona y su entorno, con la finalidad de encontrar información necesaria y suficiente que conduzca a la identificación de problemas o riesgos; en esta etapa se utilizan diversas maneras para recabar información: el historial de enfermería, la observación, la valoración física, la aplicación de escalas o test, la revisión de expediente clínico, entre otras. Toda la información es sometida a una confrontación teórica (UCH, 2011).

-El diagnóstico “es el juicio crítico producto del razonamiento reflexivo y analítico de las interpretaciones realizadas en la valoración, expresada a través de la formulación del enunciado o conclusión diagnóstica” (UCH, 2011, p. 65). Además, se identifican las respuestas de las personas o grupos ante las situaciones de salud determinadas, las cuales puede ser competencia exclusiva de los profesionales de enfermería (diagnóstico de enfermería) o que requieren coordinación con otros profesionales (problemas de colaboración o interdependientes) (Grupo CTO, 2016). Se utilizan taxonomías para establecer los diagnósticos enfermeros, algunas son de uso internacional ampliamente reconocidas como la taxonomía NANDA y otras son regionales como la taxonomía CIPE empleada en Brasil. En Costa Rica por su parte, se reconoce el uso de la taxonomía NANDA-II como herramienta para nombrar, ordenar y clasificar los diagnósticos de enfermería, como parte del lenguaje internacional, contemplando la etiqueta diagnóstica, la definición, las características definitorias, los factores relacionados o factores de riesgo.

-La planificación o planeación es donde se desarrollan estrategias para prevenir, disminuir o mejorar los problemas identificados previamente (UCH, 2011), por lo que se puntualizan intervenciones individualizadas, se determinan los resultados deseados o no, y se realiza el Plan de Cuidados (Grupo CTO, 2016). Este último tiene como propósitos dirigir los cuidados, promover la comunicación facilitando la continuidad de los cuidados y crear un registro que permita evaluar entre otras cosas (Alfaro, 2014). En esta etapa la priorización es indispensable, se utiliza Taxonomía NIC (Nursing Interventions Classification, Clasificación de Intervenciones de enfermería) y la Clasificación de Resultados de Enfermería, también denominada Taxonomía NOC (Nursing Outcomes Classification) la cual es igualmente considerada en la última etapa, la evaluación.

-La ejecución o intervención es un gran desafío pues ahí está “la acción” en la cual se toman las decisiones contemplando todas las variables consideradas a lo largo del Proceso de Enfermería (Alfaro, 2014). No solo se ejecuta, sino que se reflexiona haciendo. Por lo que aquí se pone en marcha el Plan de Cuidados, considerando la actualización de los datos, la revaloración a la persona o revisión del plan, informando al sujeto sobre las acciones a ejecutar, aplicando las intervenciones enfermeras, supervisando la asistencia delegada, valorando siempre la respuesta de la persona y, por último, registrando de la acción ejecutada y de la reacción del individuo (Grupo CTO, 2016).

-La evaluación es “una acción continua y formal a lo largo del proceso de atención de enfermería (...), indicador del éxito de la intervención a través de la revaloración” (UCH, 2011, p.99). Es en esta fase donde se confrontan los resultados observados y los esperados y la revaloración de cada etapa del proceso genera datos de gran relevancia que determinarán si las intervenciones enfermeras deben finalizarse, prolongarse en el tiempo o modificarse (Grupo CTO, 2016). El uso de Taxonomía NOC permite identificar los cambios, antes y después de la intervención, a través de los resultados, los cuales están compuestos por: “la etiqueta del resultado (identifica el resultado), la definición del resultado (describe la respuesta que se quiere alcanzar) y los indicadores (variables cuantificables con las que se evalúa el logro de resultados)” (Grupo CTO, 2016, p.47).

Después del recorrido por las etapas, es preciso destacar las múltiples ventajas en su uso, resumiendo El Grupo CTO (2016) menciona que el Proceso de Enfermería ayuda a la detección de necesidades, facilita los registros escritos, promueve la participación de la persona en su propio cuidado pues uno de los principios regidores considera que el cuidado está centrado en la persona, favorece la continuidad en la atención, incrementa la eficacia y optimización de los recursos, mejora la calidad de la atención, cuantifica resultados, fomenta el pensamiento crítico independiente y flexible, permite una evolución profesional, estimula la comunicación entre profesionales y promueve la autonomía profesional.

Por otra parte, según González y Monroy (2016) existen tres generaciones del Proceso de Enfermería, las cuales ya fueron caracterizadas en el apartado anterior, para lo cual resulta interesante mencionar que para la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR) busca seguir los posicionamientos de la tercera generación, no obstante, no hay evidencia científica que argumente que ya se ha alcanzado esta manera de conceptualizar y operacionalizar el Proceso de Enfermería, por lo que indirectamente esta investigación puede proporcionar insumos sólidos al respecto.

Ante la complejidad de todo lo planteado, Cestari y Loureico (2005) afirman que desarrollar el Proceso de Enfermería para la persona docente no es fácil ya que “esta forma de desarrollo de la enseñanza práctica exige un considerable esfuerzo por parte de la profesora. Es necesario planificar las actividades con cuidado, reflexionar sobre las situaciones observadas...”. Por lo que Waldow (2009, p.253) añade que el profesor es “el orquestador de las actividades; debe ser sensible, perspicaz, disponible, un estratega y, claro, un cuidador. Además... es también un aprendiz, pues está siempre buscando y aprendiendo. Como especialista que es, debe mantenerse actualizado y ampliar su conocimiento”. Esto no lleva a reflexionar sobre las prácticas docentes.

2.2 Las Prácticas docentes asociadas al Proceso de Enfermería

Es preciso partir de la definición de práctica y de docente, como una manera de comprender las prácticas docentes. “Práctica” viene del griego *praktikós*, es decir, la forma, y del latín que se deriva de *praxis* (uso o costumbre) y *practice* (acto o modo de hacer). Por su parte, Campos (2000) explica que hasta el siglo XV se retoma el uso del adverbio “práctico” con el fin de referirse a la acción, hecho que se consolida a finales del siglo pasado al incorporar el sentido griego de *pragmatikós* referente a los negocios políticos, lo que da sustento a una teoría de acción nombrada como pragmática (Campo, 2000). En la actualidad, el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2019) afirma las siguientes acepciones para la palabra “práctica”: “ejercicio de cualquier arte o facultad, conforme a sus reglas”, “uso continuado, costumbre o estilo de algo”, “experimentado, versado y diestro en algo”, “dicho de un conocimiento: que enseña el modo de hacer algo”, “que piensa o actúa ajustándose a la realidad y persiguiendo normalmente un fin útil”.

Al tener este panorama, se puede concebir el concepto de práctica desde dos vertientes: una que tiene que ver con ejercicio y la costumbre, y la otra, con los modos del hacer. La práctica no es cualquier hacer, es el ejercicio continuo y repetido, es el trabajo cotidiano de lo humano que se ajusta a unas reglas no necesariamente reconocidas por quien las ejerce, pero que, a su vez, siempre permite la innovación y la creatividad. La práctica también es entendida desde los modos de acción cotidiana teniendo una estructura multiforme, fragmentaria, dependiente de situaciones y detalles (Campos, 2000).

Siguiendo el análisis etimológico, Gaitán *et al.*, (2005) mencionan que la práctica es el ejercicio de una facultad o actividad conforme a ciertas reglas y es la destreza que se adquiere con dicho ejercicio; pero además toma en cuenta el método observado en la ejecución de ciertas operaciones y el itinerario de un maestro, que permite habilitarse y ejercer públicamente una actividad o profesión.

Para Campos (2000), “prácticas” (en plural) aduce a las múltiples maneras del hacer cotidiano en donde se configura el ser humano. Al hablar de práctica, se pueden describir cinco: la humana, la educativa, la pedagógica, la persona docente y la didáctica; cada una contiene a la siguiente. Dadas sus interrelaciones, Montes, Caballero y Miranda (2017) aseguran que existe polisemia y hasta confusión en la mayoría de los trabajos revisados al respecto; no obstante, se plantean los elementos teóricos que respaldan esta propuesta teórica.

Respecto a “Docente” se denota que es una palabra proveniente de la raíz *dek* que hace referencia a rendir honor, bendición, a la derecha, la cual, al pasarla al griego, se transforma en *dok* que indica la acción de hacer aceptar. Con esto se puede proponer que la docencia es una acción que implica la aceptación previa de algo, que está referida a la aceptación del bien o lo aceptado como correcto y que implica un hacer-hacer entendiéndose como una acción dirigida a producir la acción de aceptación del otro. Además, cabe resaltar que en castellano se empieza a utilizar desde 1884 con el participio activo de *doceo* que quiere decir la persona que enseña (Campos, 2000), similar a lo que actualmente plantea el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2019) “que enseña”, “perteneciente o relativo a la enseñanza”. Cabe aclarar que la palabra docente como adjetivo es de uso reciente, el cual atañe a la expresión práctica docente, de la cual se hace preciso puntualizar la definición.

Las prácticas docentes son “el conjunto de acciones que conforman el quehacer cotidiano de los profesores, ejercido a través de interrelaciones subjetivas con el estudiantado, en función de determinados propósitos formativos” (Montes, Caballero y Miranda, 2017, p. 200). También se refieren al “conjunto de acciones que consciente o inconscientemente, el profesor lleva a cabo al enseñar con el propósito de posibilitar el proceso de aprendizaje” (Campos, 2000, p.17). Estas “se centra en el maestro, la manera en la que él trabaja, se expresa, se comporta, se relaciona; es decir, la caracterización de sus hábitos, acciones y estilos en un contexto educativo” (Gaitán *et al.*, 2005, p. 10).

Desde una visión más amplia Fierro, Fortoul y Rosas (1999) entienden las prácticas docentes como una praxis social, objetiva e intencional en la que se relacionan los

significados, las percepciones y las acciones de las personas implicadas (docentes, estudiantes, autoridades educativas y padres de familia), pero además consideran los aspectos político-institucionales, administrativos y normativos que, según el proyecto educativo de cada país delimitan la función del maestro.

Es propicio afirmar con Gaitán *et al.* (2005, p.9) que “la práctica se matiza según las circunstancias sociales, políticas, históricas, culturales en donde está inmersa”. Esto permite afirmar que las prácticas docentes desarrolladas en el ámbito universitario sean particularmente diferentes. Por lo que las prácticas docentes universitarias “hacen referencia a la totalidad acogiendo la diversidad, y son articuladas de lo específico en permanente conjunción con lo universal” (Campos, 2000, p. 23), esto porque la universidad es mediadora de la cultura y tiene como fin generar conciencia crítica de lo vivido en medio de la formación de profesiones y disciplinas.

Al considerar lo mencionado anteriormente, es preciso recordar que la persona docente universitario está dedicado profesionalmente a la enseñanza, es especialista en una ciencia al más alto nivel posible y además pertenece a una comunidad académica que se rige por pautas, valores y actitudes. Está inmerso en una dinámica cambiante, a la que se debe ir adaptando y tiene otras demandas o exigencias impuestas por la universidad misma. No le es suficiente su conocimiento disciplinar, sino que sus funciones van más allá, como bien lo apunta García-Valcarcel (2001, p.10) cuando explica que el profesor “no es solo un experto conocedor de una disciplina sino un especialista en el diseño, desarrollo, análisis y evaluación de su propia práctica”.

Por lo anterior, resulta preciso visualizar las prácticas docentes, es decir, las acciones del quehacer cotidiano, desde las tres fases o actividades para analizar la función docente en la educación superior según lo plantean García-Valcarcel (2001):

- *Planificación de la enseñanza: Fase Preactiva*

Esta fase consiste en un proceso de toma de decisiones para el diseño de la propuesta a ejecutar, por eso se fundamenta en la revisión detallada de los componentes didácticos

como; los objetivos, la delimitación del contenido, las estrategias didácticas y evaluativas, entre otros aspectos. Dada la reflexión se configura o se define qué se quiere conseguir y cómo se quiere conseguir y se busca anticipar posibles eventualidades y plantear solución a los problemas que aparezcan en el panorama, pero no establece un proceso exclusivamente lineal o rígido.

La persona docente en su planificación debe considerar los condicionantes sociohistóricos que están inmersos en la propuesta a desarrollar, ya que sus decisiones no están aisladas de un contexto institucional, personal y de aula. También el carácter complejo de las situaciones de enseñanza debe ser reflexionado, pues como ya se ha dicho, contempla elementos personales, culturales, afectivos, materiales y organizativos (Gvirtz y Palamidessi, 2006).

Por lo anterior, es que además de reflexionar, la persona docente debe tomar decisiones de orden pedagógico y didáctico que tienen relación con clarificar los objetivos, delimitar el tratamiento de los contenidos, proyectar tareas o actividades para desarrollar, buscar el material de apoyo, mediar la participación del estudiantado, organizar el escenario y definir la evaluación, para luego plasmar esto en un programa de curso. No obstante, en medio de todos esos elementos, es necesario que analice las capacidades cognitivas que busca desarrollar en el estudiantado (memorización, comprensión, aplicación, análisis crítico, entre otros) y a través de cuáles recursos los conseguirá.

Aunado, en este periodo se prevén puntos claves para la futura clase, como son el diseño de espacios significativos e idóneos para la construcción de conocimiento en los que se integren todos los componentes didácticos citados anteriormente.

- *Metodología didáctica: Fase Interactiva*

En esta fase se da la interacción entre las partes implicadas en los procesos de enseñanza y aprendizaje, por lo que es requerido conceptualizar la interacción didáctica como “la coimplicación existencial y social que se establece entre los agentes del proceso

educativo, determinada por el escenario del aula, centro, entorno y biografía de los intervinientes” (García-Valcarcel, 2001, p.19). De manera más sencilla puede entenderse como “el conjunto de relaciones entre alumnos, un medio determinado y el sistema educativo representado por la persona del docente” (Lucarelli, 2009, p.87). Por tanto, estas relaciones explícitas o implícitas que interactúan, son las que permiten articular las prácticas de enseñanza y aprendizaje desarrolladas entre las personas docentes y estudiantes, a través de los contenidos y en un contexto específico.

En la fase interactiva, se desarrollan las estrategias de enseñanza y las tareas de aprendizaje planificadas en la fase anterior. Las primeras, suponen el desarrollo de un proceso de toma de decisiones sobre cómo enseñar que, más que un camino lineal, se presenta como construcción metodológica (Lucarelli, 2009). Y las segundas, son puntos claves para concretar los principios metodológicos y los procesos de aprendizaje (García-Valcarcel, 2001).

La palabra *estrategia* es definida como “un conjunto de planes articulados que tienen por objeto lograr una meta prevista” (Peña, 2014, p.18), por lo que en contraste las *estrategias de enseñanza* son “el conjunto de operaciones que realiza el profesor para organizar los factores y actividades que intervienen en el proceso de enseñanza y aprendizaje de un determinado contenido” (Furlan, 1979, citado por Lucarelli, 2009, p. 93). Algunos criterios que pueden orientar al docente en la elección de estrategias son (Díaz y Hernández, 2002):

- La consideración de las características generales del aprendiz, como el nivel de desarrollo cognitivo, los conocimientos previos, los factores motivacionales.
- El tipo de conocimiento y dominio del contenido.
- La intencionalidad que se desea lograr.
- La determinación del contexto intersubjetivo.

Existen diversas maneras de clasificar las estrategias de enseñanza, por lo que a manera informativa se considerarán dos, por el momento de uso y presentación, y por el proceso cognitivo que atiende.

Tabla 1. Clasificación de las estrategias de enseñanza y algunos ejemplos

Según momento de uso y presentación	Según el proceso cognitivo que atiende
<p><i>Preinstruccionales:</i></p> <p>Son las que preparan y alertan al estudiante pues se presenta antes de la instrucción.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Objetivos -Organizadores previos 	<p><i>Generación de expectativas apropiadas:</i></p> <p>Se usa al inicio de la sesión y permiten clarificar las intenciones educativas.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Objetivos o intenciones - Discusiones guiadas <hr/> <p><i>Activación de conocimiento previo:</i></p> <p>Se usa al inicio de la sesión y permiten encontrar sentido y valor a lo aprendido desde los conocimientos que ya son propios.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Discusiones guiadas -Actividad focal introductoria -Mapa
<p><i>Coinstruccionales:</i></p> <p>Son las que apoyan el desarrollo de los contenidos por lo que buscan potenciar la comprensión de la información.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ilustraciones -Redes y mapas conceptuales -Analogías -Preguntas insertadas -Cuadros C-Q-A -Señalizaciones 	<p><i>Orientación y guía de los aspectos más relevantes de los contenidos:</i></p> <p>Se usa durante la sesión y buscan mantener la atención y focalizar la atención en los aspectos más relevantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ilustraciones -Preguntas insertadas -Gráficas -Señalizaciones <hr/> <p><i>Mejorar la codificación de la información:</i></p> <p>La intención es que la información nueva sea contextualizada y más fácilmente comprendida.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ilustraciones -Gráficas -Preguntas insertadas
<p><i>Postinstruccionales:</i></p>	<p><i>Organizar la información nueva:</i></p>

<p>Son las que se presentan al final y con esto pretenden formar una visión sintética, integradora o crítica del contenido.</p>	<p>Busca la construcción de conexiones internas y con ello mejora la significatividad lógica.</p>
<ul style="list-style-type: none"> -Resúmenes -Organizadores gráficos (cuadros sinópticos) -Mapas conceptuales 	<ul style="list-style-type: none"> -Resúmenes -Preguntas insertadas -Cuadros C-Q-A -Organizadores gráficos (cuadros sinópticos)
<hr/> <p><i>Mejorar el enlace entre la información previa y la información nueva:</i></p>	
<p>Busca la construcción de conexiones externas y con ello dar mayor significado a los aprendizajes.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> -Organizadores previos -Analogías -Textos 	

Elaboración propia, a partir de Díaz y Hernández (2002).

En la tabla anterior, solo se hizo un intento por presentar algunas estrategias, no obstante, es importante resaltar que la diversidad existente es muy amplia y no es menester para este apartado.

- *Evaluación del proceso de enseñanza: Fase Postactiva*

La valoración o evaluación del proceso de enseñanza busca el perfeccionamiento didáctico de la persona docente al permitirse reflexionar sobre el proceso desarrollado y al mismo tiempo replantear aquellas cosas poco satisfactorias. La fase está orientada a elementos que determinan la calidad, entre ellos:

- La gestión académica: considerando la planificación y coordinación de la enseñanza, la formación de profesores, etc.

- Los recursos humanos: haciendo referencia a la relación docente-estudiante, a la experiencia pedagógica, la dedicación a las actividades docentes, las actitudes frente al trabajo, etc.

-Los recursos materiales: como las instalaciones, aulas, bibliotecas, equipamiento de mobiliario y recursos didácticos, etc.

-Los factores didácticos: correspondiente a las adecuaciones de los objetivos propuestos, actualización de contenidos, ajustes metodológicos, coherencia en la evaluación, etc.

Es preciso afirmar que

...la acción docente es la práctica creadora que realiza el profesorado en interacción con el estudiantado, mediante el cual se comunica el saber elaborado y construido desde una sensibilidad. El pensamiento del profesorado es la base de la acción docente y de la metodología desde la que se organiza el conjunto de procesos y actividades que dan sentido didáctico a la tarea universitaria. (García-Valcarcel, 2001, p. 155)

Por tanto, la labor de la persona docente universitario está inmersa en una entretejida red de complejidades en la cual debe librar batalla constantemente, su labor no es solo reproducir sus conocimientos disciplinares sino más bien es una reflexión continua de sus posicionamientos, conocimientos, acciones, actitudes y valores al interactuar con estudiantes e incluso antes y después de hacerlo, siempre considerando el medio o contexto particular que trae consigo sus propias normas. Lo que hace necesario considerar el contexto para comprender las prácticas docentes.

2.3 El contexto en la formación de las prácticas docentes asociadas al Proceso de Enfermería

El contexto se deriva del latín *contextus* que significa unión de dos o más elementos. Para la Real Academia de la Lengua Española (2019) es “entorno lingüístico del que depende el sentido de una palabra, frase o fragmento determinados” o “entorno físico o de situación, político, histórico, cultural o de cualquier otra índole, en el que se considera un hecho”. Estas acepciones son solo un preámbulo para introducir el tema,

ya que desde el punto educativo se ha dado una creciente importancia al término y las investigaciones han propuesto maneras de abordarlo; una de ellos es por niveles: macro (las políticas nacionales e internacionales), meso (las instituciones y su organización) y micro (las condiciones institucionales que inciden directamente en la práctica docente) (Rueda, Alonso, Guerra y Martínez, 2014).

Para la presente investigación solo es de interés el nivel micro del modelo para analizar el contexto, ya que este considera tiempo, recursos y espacios asociados a las prácticas docentes, además de elementos específicos asociados al estudiantado, a las condiciones de disciplina, a las condiciones de infraestructura y tiempo, a las condiciones para facilitar la reflexión y los espacios para interactuar y compartir experiencias significativas de la actividad docente (Rueda, Alonso, Guerra y Martínez, 2014).

El contexto, dentro de esta investigación, se considera como aquello que “designa el marco y las circunstancias en las que se sitúa el encuentro entre los actores y su interacción” (Rueda, Alonso, Guerra y Martínez, 2014, p.22). Está compuesto por tres elementos: el marco, la escena y la dinámica. El primero es dónde se sitúa el encuentro social, es decir, el entorno físico y la temporalidad. El segundo incluye la relación que une a los diversos actores. El tercero son los motivos e intenciones que impulsan el encuentro como la comunicación y las normas de convivencia (Rueda, Alonso, Guerra y Martínez, 2014).

Este marco circunscribe una gran cantidad de elementos, por lo que, al considerarlo en la formación en enfermería, se hace referencia a un contexto más amplio que el de la persona docente y el estudiantado en un aula como tradicionalmente es pensada la docencia, se alude a una variedad de elementos no tradicionales por analizar como son: los escenarios de práctica clínica, los otros sujetos que participan del proceso de enseñanza como los usuarios de los servicios de salud y sus familiares, los enfermeros y enfermeras, además de otros profesionales -o no- de áreas conexas, entre otras; todo esto en medio de unas condiciones disciplinares específicas que incluyen las normas propias de los escenarios de práctica clínica y las maneras de interactuar a través de las estrategias de comunicación.

- *Los escenarios de práctica docente en campos clínicos y los otros sujetos participantes*

Los escenarios de la práctica docente en los campos clínicos son aquellos que involucran una práctica supervisada en atención de pacientes con la guía del personal docente (Maroto, 2017, p. 2), específicamente en enfermería es donde “se desarrollan las experiencias en la gestión del cuidado para adquirir competencias disciplinares y genéricas propias del rol profesional, es decir, en las áreas asistencial, educación, administración e investigación” (Hernández, Illesca y Cabezas, 2013, p.132).

Son considerados esenciales en la preparación de los profesionales de la salud, ya que permiten el logro y desarrollo de habilidades, destrezas y actitudes que difícilmente se aprenderían de otra forma (Lidjedal, Engqvist, Porthén & Bolander, 2014), (Durante, 2012).

Los escenarios de práctica docente en campos clínicos hacen referencia “no solamente a las áreas de internación de los hospitales (conocida en general como aprendizaje al lado de la cama del enfermo), sino también al medio ambulatorio y a la propia comunidad” (Durante, 2012, p. 151-152), dando con ello una amplia posibilidad de lugares, condiciones, personas que se encuentran con objetivos e intereses diversos.

Hernández, Illesca y Cabezas (2013) mencionan que es en estos entornos, donde se da una interacción constante entre la persona docente, el estudiantado, la persona que requiere de los servicios de salud y las enfermeras que contribuyen a satisfacer las demandas asistenciales. Pudiendo incluirse otros sujetos que participan de estos espacios donde se da la enseñanza, como son los familiares de la persona que requiere de los servicios de salud, otros profesionales del área de salud o áreas afines, personal técnico-asistencial, entre otros.

Con este panorama tan amplio, es válido asegurar que la persona docente “está sujeto a multiplicidad de demandas” (Lucarelli *et al.* 2009, p. 9) lo que se transforma en un reto

continuo que está marcado por características como la variabilidad, la impredecibilidad y la inmediatez en la toma de decisiones (Lucarelli *et al.* 2009).

Al respecto, Sime (2007) explica que las prácticas docentes se desarrollan en medio de diferencias y semejanzas, en escenarios y situaciones que se constituyen en un alto de grado de imprevisibilidad, con emergentes constantes que deben ser atendidos. Esto nos lleva a reconocer con Campos (2000) que las relaciones en las prácticas docentes son: desiguales (en responsabilidad, autoridad, conocimientos y experiencias), pretenden siempre ser superadas (pues busca que el estudiantado vaya más allá), coexisten junto al error como parte intrínseca (lo que conlleva una confrontación continua) y los resultados son siempre inciertos (pues la persona docente promueve el desarrollo del estudiantado, no obstante, este es un proceso autónomo que depende en último de él).

- *La comunicación en el proceso de enseñanza*

La comunicación puede considerarse como un elemento armonizador en medio de tanta complejidad y diversidad ya que la comunicación humana es entendida dentro de la educación como “un proceso dinámico resultado de la interacción entre dos o más protagonistas inmersos en un contexto sociocultural” (Valverde, 2009, p.1), por medio de la cual se da “el intercambio de ideas, necesidades, informaciones, deseos, entre dos o más personas” (Maldonado, 2001, p.76). Este intercambio se da con el fin de darle sentido a las experiencias por lo que resulta un elemento indispensable en la educación ya que según Amayuela (2016) constituye su base, media su calidad debido al carácter de las interrelaciones que ahí se desarrollan y dinamiza el proceso educativo.

Para esta investigación la comunicación será comprendida como

... un acto de encuentro que lleva a sus participantes a la elaboración conjunta de significados, que se crean en la reflexión del contacto entre ellos, produciéndose así una diversidad de momentos generadores de emociones, interrogantes y reflexiones; los cuales, dependen de la interacción y las

significaciones elaboradas por los participantes, dado que son los impulsores en la construcción o reconstrucción del conocimiento. (Valverde,2009, p.2)

Para su análisis más detallado, la comunicación se enmarcará en un enfoque amplio que supera los planteamientos clásicos entorno a la comunicación (unidireccionalidad, mensaje, canal, emisor, receptor, etc.) y propone la construcción de significados compartidos entre docente y estudiante, a través del diálogo, por lo que el protagonismo es compartido al igual que su crecimiento. Esto es posible por lo que plantea Valverde (2009) cuando dice que en el acto comunicativo es posible crear un clima de intercambio y comprensión profunda cuando las personas pueden exponer a debate sus ideas, construcciones o significados.

En este encuentro se parte de la información acumulada por las experiencias cognoscitivas de cada individuo, por tanto, estimulan los pensamientos de acción y de reflexión, se promueve la resolución de problemas, se establecen nuevos hábitos y conductas, y por supuesto, se adquieren conocimientos (Valverde, 2009). Es por esto que Picado (2001, p.27) afirma que “mediante el acto comunicativo el estudiante va desarrollando su propia personalidad, dando forma a su aprendizaje, donde los resultados o efectos de la comunicación generan la construcción y reconstrucción del conocimiento”.

Este enfoque de encuentro se da en medio de la interacción en donde la persona docente funge como organizador de entornos de aprendizaje, en los que orienta, proporciona y asesora de los recursos educativos óptimos para cada situación; y el estudiantado es no comparables entre sí, son autónomos, creativos, activos, agentes constructores de conocimiento significativo para transformar situaciones en medio de la interacción con su entorno social (Valverde, 2009) y demás sujetos participantes del contexto.

Resulta obvio asegurar que, el desarrollo y contenido de la comunicación en los escenarios educativos ha de tener no sólo significación cognoscitiva, sino también emocional (Valverde,2009). Por eso, solo a partir de un proceso de comunicación

asertivo y afectivo, se puede corresponder a las exigencias del mundo contemporáneo en el contexto universitario (Amayuela, 2016).

Se puede afirmar que todos los aspectos mencionados anteriormente reflejan que las prácticas docentes están inmersas en contextos de alta complejidad donde se deben considerar muchos elementos a la hora de analizarlas. Es por esto que Rueda, Alonso, Guerra y Martínez (2014) aseguran que la importancia del contexto en las prácticas docentes da un reconocimiento a la labor de la persona docente, pero a su vez, resalta que la enseñanza y el aprendizaje se desarrollan bajo la influencia interrelacionada de diversas condiciones y actores que son corresponsables de los resultados del aprendizaje exitoso.

2.4 La Teoría de la Actividad para la comprensión de las prácticas docentes asociadas al Proceso de Enfermería

En la presente investigación se procura estudiar las prácticas docentes las cuales por su conceptualización particularizan el comportamiento humano y sus relaciones. Para Chaiklin y Lave (2001) las personas que actúan, no pueden ser separadas del mundo social de la actividad, es decir, de su cotidianidad; por tanto, la complejidad resulta atractivamente llamativa. Esto podría explicarse al afirmar que

El mundo no consiste en un conjunto de recién llegados que se incorporan solos a espacios problemáticos deshabitados. Las personas en actividad por lo general se ayudan mutuamente a participar de maneras cambiantes en un mundo cambiante y están bien dotadas para hacerlo. Por lo tanto, al describir y analizar la participación de las personas en la acción práctica en el mundo (...) están en realidad analizando la participación de las personas en el aprendizaje. (Chaiklin y Lave, 2001, p.17)

Lo anterior, resalta la necesidad de hacer uso de una teoría que permita comprender coherentemente la actividad humana considerando las acciones, el mundo social o la

cotidianidad, las interrelaciones y las reglas que median y, por supuesto, la enseñanza y el aprendizaje. Es por esto que se propone la Teoría de la Actividad para explicar las prácticas docentes, ya que a través de ella se propone que “la acción humana ocurre en un sistema social y que ella no se da en el “vacío”, ni al margen de la propia conciencia y la realidad sociohistórica y, por consiguiente, es siempre “actividad mediada” (Salas, 2016, p.4).

El aprendizaje en la práctica es “la construcción de versiones presentes de la experiencia pasada para diversas personas que actúan juntas” (Chaiklin y Lave, 2001, p.20). Además, sostienen la premisa de que “el aprendizaje es parte integrante de la actividad en y con el mundo en todo momento” (Chaiklin y Lave, 2001, p.20), esto coincide con algunos otros teóricos de la actividad (Kvale, 1977; Cole, Hood y McDermott, 1987; Hutchins, 2001). Este planteamiento deja atrás la idea de que el aprendizaje es la adquisición cognitiva (de hechos, conocimientos, estrategias de resolución de problemas, o destrezas metacognitivas) (Chaiklin y Lave, 2001).

Según lo planteado hasta aquí y retomando la idea de Salas (2016), se hace evidente que esta teoría tiene en sus raíces algunos de los planteamientos de la psicología histórico-cultural desarrollada en la década de 1920, por Lev Semiónovich Vygotsky. De ahí, Alekséi Nikoláyevich Leont´ev, otro psicólogo ruso, es quien centra la atención en las “actividades” propiamente y Yrjö Engeström en 1987, es quien ha desarrollado el tema actualmente y resalta como uno de los teóricos principales.

En la actualidad, la Teoría de la Actividad, es descrita a través de tres generaciones, estas parten de las propuestas de los autores anteriormente citados, por lo que a continuación, se desarrollan los elementos más importantes:

2.4.1 Primera generación:

Esta se basa en los planteamientos básicos de Vygotsky y su concepto de mediación, representado típicamente por la triada: sujeto, objeto, artefacto de mediación, es decir, “los sujetos activos se inter-relacionan con objetos de cognición a través de las

herramientas, que sirven como mediadores de la interacción (Vygotsky, 1978). Dicho en palabras de Daniels (2003) la representación del acto mediado se establece al relacionar los actores y sus intenciones con los resultados particulares obtenidos mediante el uso de ciertos instrumentos. A continuación, se muestran gráficamente estos elementos en la figura 1.

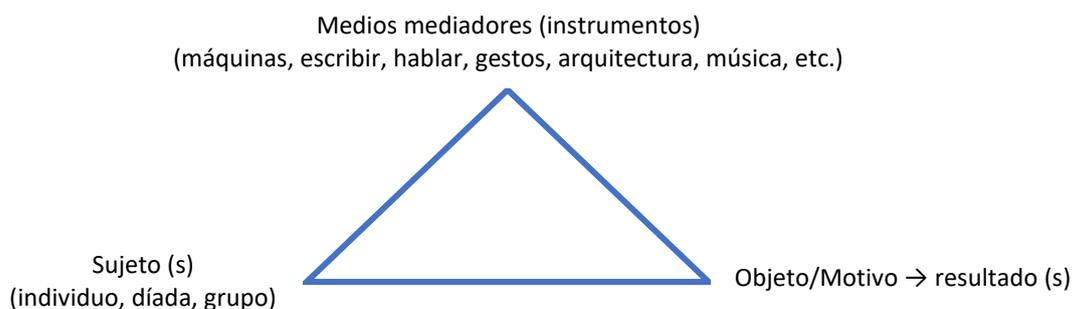


Figura 1. Modelo de la primera generación de la Teoría de la Actividad, según Daniels (2003, p.125).

Al respecto resulta importante señalar que, en la actividad humana bajo este modelo, el ser humano como el sujeto -ya sea uno o varios-, es visto como un actor en su micronivel, es decir, como un agente individual que opera con instrumentos con el fin de obtener los resultados deseados. No obstante, esta propuesta resultó insuficiente debido a que no contenía espacio para uno de los principios básicos planteado por Leont'ev que dan sentido a esta teoría, o sea, no se incluían las relaciones sociales en las cuales se desarrollan las actividades.

El sistema de actividad, o sea, la relación activa del sujeto con el objeto a través de los medios posibles, puede ser explicado, gracias a lo que se conoce como la estructura jerárquica de la actividad, la cual es visible en la siguiente figura.

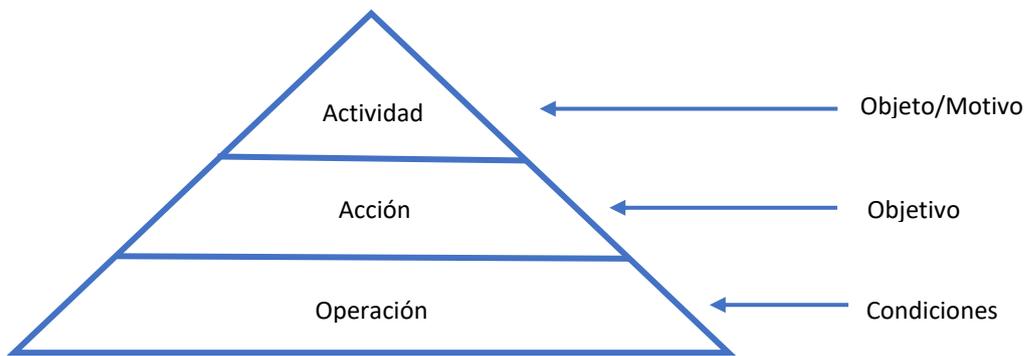


Figura 2. Estructura jerárquica de la actividad humana según Daniels (2003, p.127).

Para comprender este diagrama, podría decirse que un elemento orienta al otro, es decir, la actividad es orientada por el objetivo o motivo, la acción por el objetivo y las operaciones son orientadas por las condiciones. Daniels (2003) explica estos componentes siguiendo las ideas de Engeström:

La actividad es una forma colectiva y sistemática con compleja estructura mediadora. Un sistema de actividad produce acciones y se desarrolla por medio de acciones. Sin embargo, la actividad no es reducible a acciones. Las acciones son relativamente efímeras y tienen un principio y un final muy claros en el tiempo. (Daniels, 2003, p.126)

Entiéndase que la actividad humana no surge aislada, instantánea y espontáneamente, sino que está contenida o encuadrada colectivamente pero que además evolucionan durante largos periodos de tiempo sociohistóricos en una realidad particular. Por ejemplo, una persona no realiza una actividad *per se* o por ocurrencia, sino que esta actividad surge como respuesta un objeto/motivo, entendiéndose este elemento como aquello que da intención o sentido, o sea, es la fuerza motivadora que puede ser una necesidad, un deseo o un valor. Es por esto que las actividades se distinguen entre sí por sus distintos objetos (Daniels, 2003).

Siguiendo con la explicación de la figura 2, la actividad que la persona piensa realizar cobra vida a través de una o varias acciones, por lo que la actividad y acción no son lo mismo, pero una misma acción sí puede servir para diferentes actividades.

Las acciones son actos operacionales, están dirigidas a hacia metas conscientes y específicas. Estos responden a motivos u objetivos inmediatos, los cuales pueden estar mediados por un motivo real mayor, por lo que al utilizar esta estructura se denota la complejidad y las inter-relaciones entre elementos.

Las relaciones complejas dan sentido a las operaciones dentro de los sistemas de actividad (Chaiklin y Lave, 2001). Las operaciones son también acciones pero que no se definen por el objetivo mismo, sino por las circunstancias reales en las que se llevan a cabo, es decir, se precisan por las condiciones o los medios presentes. Las operaciones son automáticas y establecen el cómo se puede hacer la acción (Daniels, 2003 citando a Leont'ev, 1981).

En síntesis, es en la relación activa del sujeto con el objeto donde la actividad se concreta a través de acciones, operaciones y tareas, las cuales son producidas por necesidades y motivos (Rodríguez, López y Ribeiro, 2017 citando a Leont'ev, 1978) da inicio a la siguiente generación en donde se consideran otros elementos del sistema de actividad.

2.4.2 Segunda generación:

Durante esta generación, la actividad es entendida como “un proceso como un todo, no una secuencia lineal de acciones individuales” (Rodríguez, López y Ribeiro, 2017, p. 1388) y en donde las acciones también se enmarcan desde su esencia social, es decir,

Toda acción particular se constituye socialmente y recibe su significado de su ubicación en sistemas de actividad generados social e históricamente. El significado no se crea por las intenciones individuales, sino que se constituye mutuamente en las relaciones entre sistema de actividad y personas que actúan, y tiene un carácter relacional. (Chaiklin y Lave, 2001. P. 30)

Esta manera de entender la actividad humana supera la triada vygotskyana básica (sujeto/objeto/instrumento), y Engeström expande los muros de esta teoría al

considerar otros componentes de tipo sociales/colectivos del sistema de actividad: la comunidad, las reglas y la división del trabajo; y sus relaciones, las cuales se pueden observar en la figura 3.

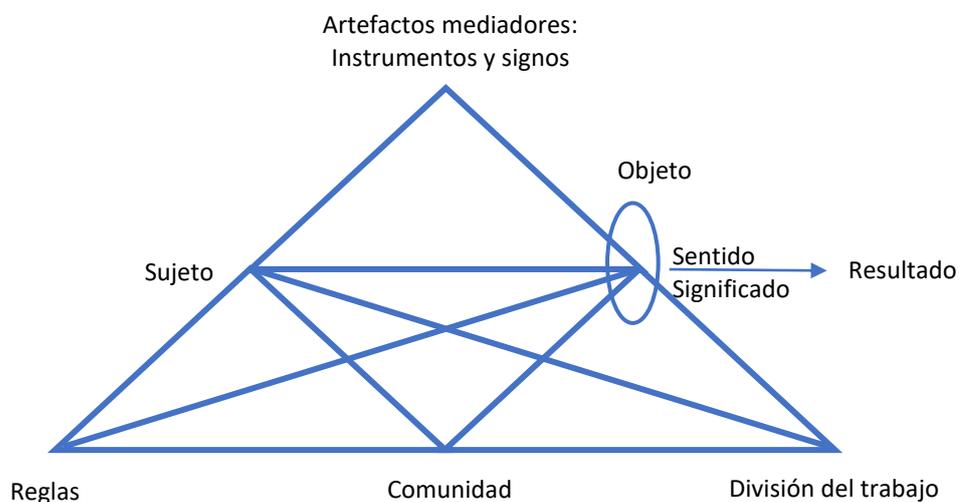


Figura 3. Modelo de la segunda generación de la Teoría de la Actividad, según Daniels (2003, p.130).

Ahora, las complejas relaciones del sujeto no solo le exigen procesos mentales y acciones concretas al vincularse con el objeto, con el uso de instrumentos, sino que también entran en juego: 1-las reglas las cuales regulan las interacciones del sistema, 2-la comunidad entendida como los sujetos que pertenecen a un grupo que comparte el mismo objeto y 3-la división del trabajo correspondiente a la participación compartida de responsabilidades o los roles que se desarrollaran en la actividad. Todas las relaciones establecidas en el sistema de actividad generan productos como resultados (Konto, 2016; Rodríguez, López y Ribeiro, 2017). Todo esto concuerda con el planteamiento de Leont'ev cuando propone que no es lo mismo una acción individual (primera generación) que una acción colectiva (segunda generación), no obstante, en la representación visual no queda explícita esta idea (Engeström, 2001).

Se puede decir que, bajo esta estructura, las relaciones se visualizan a través de los pequeños triángulos contenidos en la figura 3, la cual al intentar explicarla de arriba hacia abajo y de izquierda a derecha, se podría afirmar con Engeström (2001) que en el triángulo superior, considerado la “punta del iceberg”, se representan las acciones

individuales y grupales contenidas en un sistema de actividad colectivo, por eso el sujeto obtiene resultados al hacer o no uso de instrumentos con el fin de dar respuesta a una necesidad presente (el objeto), para ello, el sujeto está inmerso en una comunidad que en la que se han establecido reglas, las cuales ayudan en la división del trabajo. Este diagrama puede interpretarse desde cada uno de los elementos, pues todos están interconectados y son correspondientes, es decir, las líneas ayudan a representar esas relaciones.

Al acercarnos ligeramente a los escenarios educativos y según lo planteado por De Vargas (2006), las comunidades contienen en su seno el conocimiento cultural; un ejemplo de ello puede ser el aula, en donde se establecen las reglas, las cuales están contenidas explícitamente en los programas curriculares, mas otras, están sutilmente establecidas en la cotidianidad. El sujeto contenido en esta comunidad, debe respetar de las reglas, las cuales le permiten la comunicación y el logro de los objetivos del sistema, es decir, resolver las necesidades presentes. Por su parte, la división del trabajo, permite definir qué hace cada quien, y cómo lo hace, es decir, el rol que tiene el sujeto dentro de la actividad, el cual se hace posible a través del uso de instrumentos como la computadora o los libros. Todos estos elementos están dentro del margen de libertad determinado.

Otro concepto incorporado es el de contradicciones como fuerza impulsadora al cambio. Para Daniels (2003, p.136) son “tensiones estructurales acumuladas históricamente dentro de los sistemas de actividades y entre ellos”. La tensión se da cuando el nuevo elemento entra en el sistema y se agrava cuando se contrapone con algún otro ya establecido que incluso responde a reglas de la comunidad a la que pertenecen. Para comprender esto, un ejemplo en el aula podría ser el uso de la computadora, el cual entra en el sistema de actividad como un posible instrumento, pero que históricamente no tenía cabida, pues es de uso reciente ya que antes no existía el acceso que actualmente se tiene a este artefacto; la contradicción se produce al analizar que antes se usaba el cuaderno para hacer anotaciones, pero actualmente el estudiantado refiere que la computadora es necesaria para tal fin; ese choque entre elementos genera perturbaciones durante un periodo de tiempo, los cuales conducen a cambios innovadores, pues incluso se deben reestablecer las reglas en esta comunidad.

En este modelo, además de los nuevos elementos sociales, es preciso señalar que en la figura 3 se resalta el objeto con un óvalo, el cual “indica que las acciones orientadas al objeto siempre están caracterizadas de una manera explícita o implícita por la ambigüedad, la sorpresa, la interpretación, la comprensión y el potencial para el cambio” (Daniels, 2003, p. 129), estando estos planteamientos bajo un panorama más flexible y abarcador, va abriéndose paso a los postulados de la siguiente generación, ya que para Engeström, el objeto y motivo de una actividad son como un mosaico en constante evolución, una pauta que nunca termina por completo (Daniels, 2003, p. 131).

2.4.3 Tercera generación:

Esta etapa parte de la pregunta que se plantea Engeström ¿es posible o conveniente tener un objeto compartido en la actividad? (Daniels, 2003, citando a Engeström, 1999). Es importante recordar que la unidad de análisis de la teoría de la actividad es la actividad o práctica conjunta dejando de lado la actividad individual, se evidencia que ya no es solo el sujeto que participa en la actividad sino también el entorno (Daniels, 2003, p. 132). Es por esto que en esta generación se propone “desarrollar instrumentos conceptuales para comprender los diálogos, las múltiples perspectivas y las redes de interacción de los sistemas de actividad” (Engeström, 2001, p.2), con lo cual se permita analizar la actividad cooperativa orientada hacia varios objetos de varios actores.

Por tanto, en la figura 4 se plantea incluir mínimamente a dos sistemas de actividad que interactúan.

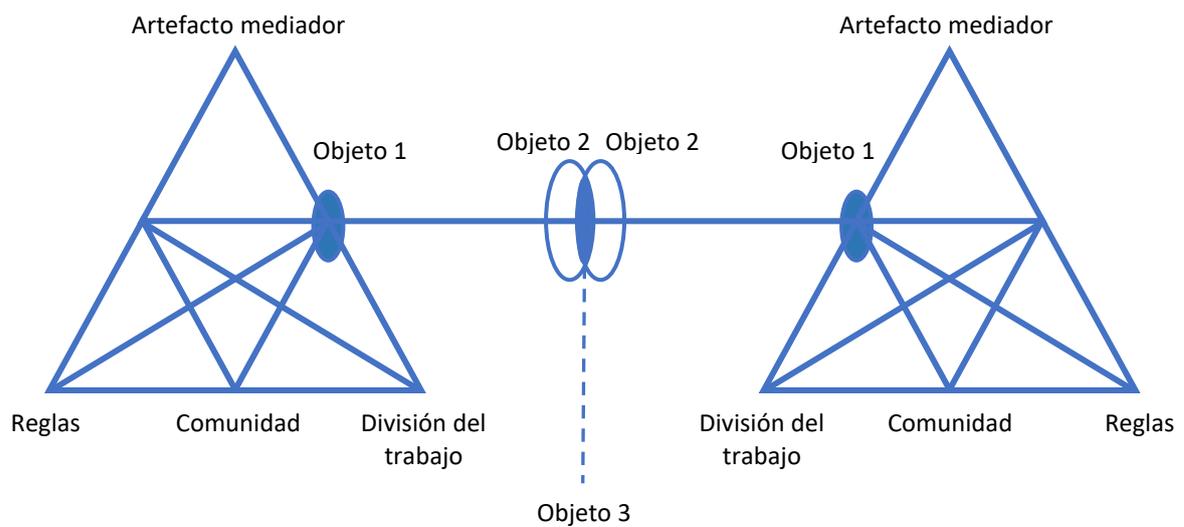


Figura 4. Modelo de la tercera generación de la Teoría de la Actividad, según Daniels (2003, p.133).

Como se muestra en la figura 4, los sistemas de actividad interactúan para permitir que el objeto se comparta o que éste sea construido conjuntamente como parte del potencial creativo inherente a la actividad. Además, se dice que el objeto de la actividad “es un blanco en movimiento que no es reducible a objetivos conscientes a corto plazo” (Daniels, 2003 citando a Engeström, 1999).

Con esta interacción de sistemas se postula un ciclo expansivo que representa una relación cíclica entre la interiorización (que está relacionada con la reproducción cultural) y la exteriorización (que es la producción de nuevos artefactos culturales). Esta expansión se da con un cuestionamiento por parte de los individuos de la práctica aceptada que se expande gradualmente hasta formar un movimiento colectivo. Siendo esto trascendental para la transformación y cambios en la práctica (Daniels, 2003).

Esta teoría resulta un marco de referencia teórico-conceptual dinámico, en el sentido de que “las acciones humanas pueden desplazarse de un nivel a otro como resultado de frustraciones en relación con sus objetos [u objetivos]” (Salas 2016, p.6). Es por esto que esta teoría se puede resumir en cinco principios, los cuales Daniels (2003) desarrolla de la siguiente manera:

-El primer principio se basa en que la unidad de análisis es un sistema de actividad colectivo, mediado por artefactos y orientado hacia objetos, considerado en el contexto de sus relaciones de red con otros sistemas de actividad (Daniels, 2003).

-El segundo principio es la multivocalidad de los sistemas de actividad o también entendido como la multiplicidad de voces; es decir, en un sistema de actividad siempre hay múltiples puntos de vista, tradiciones e intereses enmarcados en una comunidad, en la cual se da la división del trabajo, creando distintas posiciones en las que cada participante trae consigo su propia historia y el propio sistema de actividades. Esta multivocalidad se multiplica en redes de sistemas de actividad en interacción, lo que gesta una fuente de problemas y a la vez, una fuente innovadora que exige acciones de traslación y negociación (Daniels, 2003).

-El tercer principio es la historicidad que nos lleva a comprender que los sistemas de actividad se conforman y se transforman durante largos periodos de tiempo, por lo que sus problemas y su potencial, sólo se pueden entender en relación con su propia historia (Daniels, 2003).

-El cuarto principio es el papel fundamental de las contradicciones, las cuales son tensiones estructurales que resultan ser fuente de cambio y desarrollo, pues generan perturbaciones y conflicto, pero también intentos innovadores de cambiar la actividad (Daniels, 2003).

-El quinto principio establece la posibilidad de transformaciones expansivas en los sistemas de actividad, los cuales pasan por ciclos relativamente largos de transformaciones cualitativas, en donde las contradicciones empiezan a cuestionar las normas establecidas y a apartarse de ellas, terminando en un objeto colectivo y en un esfuerzo en colaboración para producir un cambio, dándose la transformación expansiva para adoptar un horizonte de posibilidades muchísimo más amplio que en el mundo anterior de la actividad (Daniels, 2003).

Toda esta conceptualización es necesaria para comprender la teoría en sí misma y a la vez para poder extrapolar estos conceptos a la presente investigación. Para ello, nos ayudaremos con los planteamientos de Salas (2016) quien operacionaliza la teoría de la actividad en la docencia universitaria, particularmente en la actividad docente como lo muestra la figura 5.

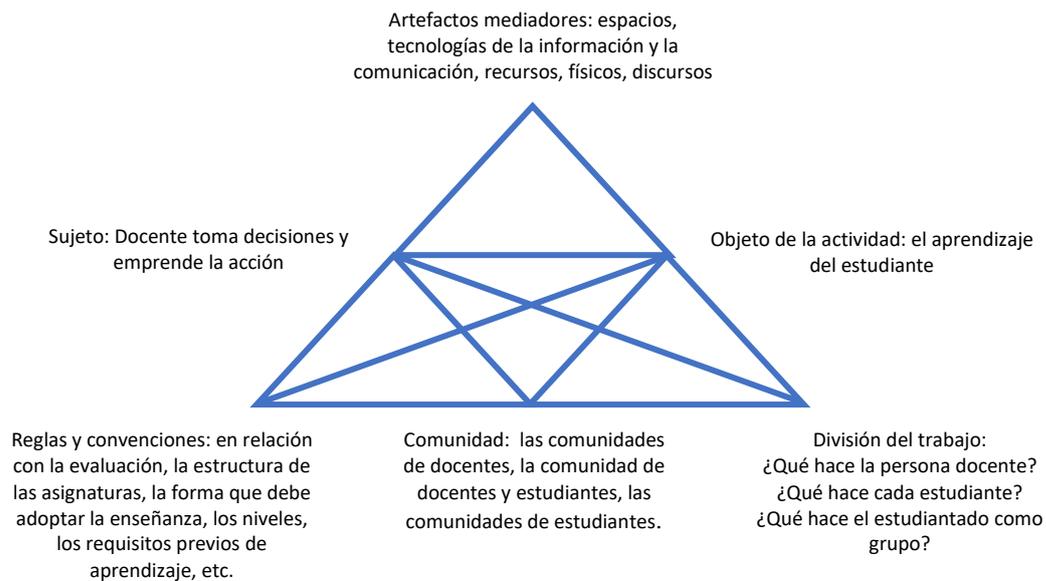


Figura 5. Actividad docente en un sistema de enseñanza y aprendizaje, según Salas (2016, p.7).

Esto nos permite visualizar a grosso modo la teoría de la actividad en nuestro campo de acción; no obstante, resulta necesario delimitar aún más las propuestas de nuestra investigación y a través de la figura 6, esperamos mostrar al menos un acercamiento inicial.

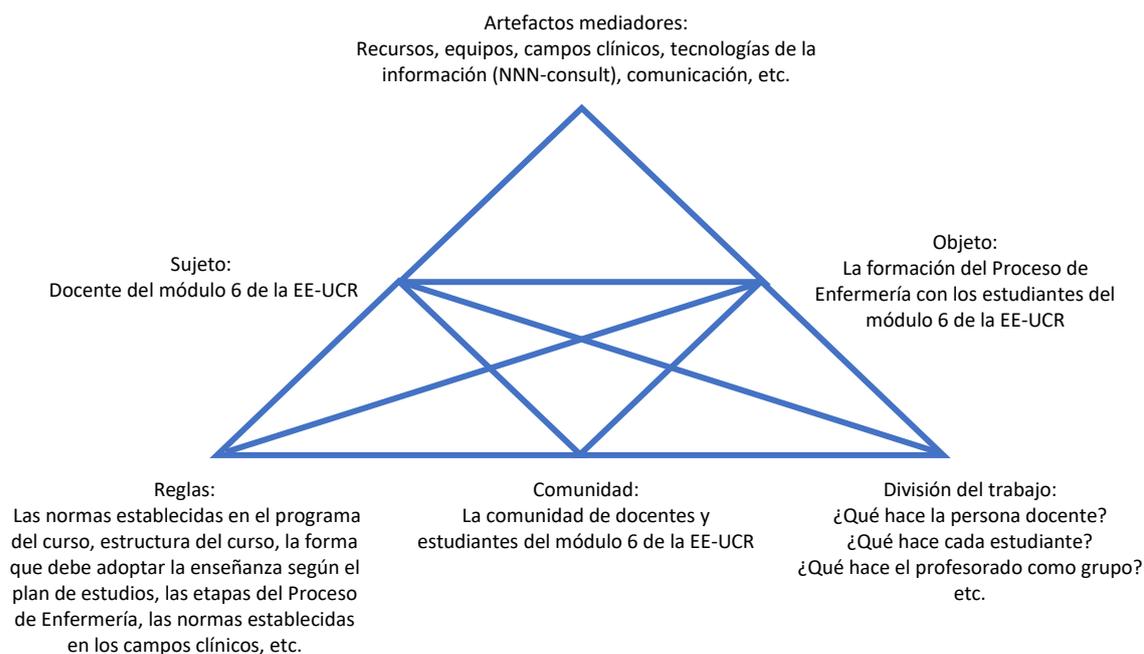


Figura 6. Propuesta de la aplicación de la Teoría de la Actividad en las prácticas docentes desarrolladas en relación con el Proceso de Enfermería en la Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica (EE-UCR) (elaboración propia).

Al ser esta propuesta de investigación un análisis de las prácticas docentes desarrolladas en relación con el Proceso de Enfermería en la Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica (EE-UCR) se propone como sujetos al docente del curso en cuestión, el cual utiliza una diversidad de instrumentos o artefactos mediadores para lograr conseguir el objeto, es decir, enseñar el Proceso de Enfermería al estudiantado del curso EE-0512/Módulo 6: Intervención de Enfermería con la adultez mayor de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR). Estas relaciones están condicionadas por una serie de reglas o normas, no solo establecidas por los criterios disciplinares (las etapas del Proceso de Enfermería) sino también por los académicos (el diseño curricular, plan de estudios, programa de curso) y contextuales (las normas propias de la institución donde se desarrollan los campos clínicos). Estas reglas son específicas para la comunidad que está conformada por las personas docentes y estudiantes del módulo 6, quienes tienen características únicas dentro de la Escuela de Enfermería. Para obtener resultados los profesores cuentan con la división del trabajo propuesta por la Universidad y la unidad académica con respecto a las funciones de las

personas docentes, ya que aquí se planifica y organizan las acciones y se definen los roles y estrategias a seguir.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Diseño de investigación

El estudio se enmarca en la modalidad de tesis como Trabajo Final de Graduación, la cual es entendida como un proceso de investigación que culmina con “un trabajo de investigación original cuyo valor científico, artístico o literario deberá ser congruente con el grado académico que se pretende alcanzar” (Consejo Universitario, 1978, p. 1). Por lo que, al abordar el tema se pretende generar un aporte claro a la docencia universitaria en enfermería, permitiendo su fortalecimiento y generando un punto de partida para múltiples investigaciones.

La aproximación a los datos se realizó desde un abordaje cualitativo, a lo que Lenise, de Souza y Carraro (2008) mencionan como características las siguientes: se mira el asunto a investigar como un todo considerando el contexto y las relaciones, está dirigido a personas “face to face” requiriéndose por tanto la interacción de los participantes con el investigador y además se busca comprender lo estudiado y no precisamente se desea hacer previsiones. Aunado Barrantes (2006, p.71) especifica que “pone énfasis en la profundidad y sus análisis no son necesariamente matemáticos (...) Por lo que requiere de un registro detallado de todos los acontecimientos, lo mismo que su análisis es minucioso”.

El tipo de investigación desarrollada fue la investigación descriptiva, la cual “pretende lograr la precisión y caracterización del evento dentro de un contexto particular... indicando sus rasgos peculiares o diferenciadores” (Hurtado, 2010, p. 413). Esta se utiliza cuando “la experiencia y la exploración previa indican que no existe descripciones precisas del evento estudiado o que las descripciones existentes son insuficientes” (Hurtado, 2010, p. 413). Siendo esta la más clara justificación de su elección, ya que como fue expuesto en el estado del arte, hay poca claridad y escasa evidencia de las prácticas docentes relacionadas al Proceso de Enfermería.

Como esta investigación está orientada a identificar las concepciones de las personas docentes con respecto al Proceso de Enfermería, a caracterizar sus prácticas docentes y a comprender el contexto en el que la persona docente gestiona el proceso de enseñanza, no necesariamente se requiere de datos estadísticos, pero sí datos orientados hacia los detalles como bien se enfoca este tipo de investigación. Los objetivos planteados pueden alcanzarse de mejor manera con metodología cualitativa ya que es recursiva, por lo que se va elaborando a medida que avanza la investigación permitiendo la flexibilidad y la subjetividad necesarias para conocer las prácticas docentes, además de la utilización de muestras pequeñas pues no se pretende hacer una generalización de resultados y por último, se caracteriza por el trabajo de campo que incluye la participación intensa, el registro cuidadoso, la descripción detallada y la reflexión analítica (Hernández, Fernández y Baptista, 2006; y Bisquerra, 2000).

3.1.1 Estudio de caso

Para dar respuesta a la realidad que se investigó se propuso el estudio de caso como metodología de investigación, ya que puede considerarse como una de las modalidades de investigación educativa que se ha aplicado con éxito en diversas ciencias incluyendo enfermería (Lenise *et al.*, 2013).

Al respecto Álvarez y San Fabián (2012) mencionan que el estudio de caso es un concepto que abarca muchas concepciones investigativas, semejante a un “paraguas” que incluye variedad de métodos de investigación caracterizados por la indagación en torno a un ejemplo y que hace hincapié en procesos descriptivos y holísticos.

Por su parte, Lenise *et al.*, (2013, p.69) concibe este método como “una exploración de un sistema, limitado en el tiempo y en profundidad, a través de la recopilación de datos, involucrando múltiples fuentes de información, ricas en contexto”. Parecida es la posición de Skate (2005) cuando lo define como “el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes” (Skate, 2005, p.11).

Por lo anterior, se examinó el caso del Curso EE-0512/Módulo 6: Intervención de Enfermería con la adultez mayor de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR), por ser un sistema bien delimitado y en el que se desea profundizar sobre las prácticas docentes desarrolladas en relación con el Proceso de Enfermería.

Es conveniente desarrollar un estudio de caso cuando “el objeto que se quiere indagar está difuso, es complejo, escurridizo o controvertido. Es decir, para analizar aquellos problemas o situaciones que presentan múltiples variables y que están estrechamente vinculados al contexto en el que se desarrollan” (Cebreiro y Fernández, 2004, p.667). Por tanto, es importante reiterar que el objeto investigado es complejo ya que las prácticas docentes desarrolladas en relación con el Proceso de Enfermería dependen de múltiples factores como: la persona docente, el estudiantado, sus características, afinidades y el conocimiento previo que poseen al respecto, además de las personas involucradas o usuarios y sus diversas condiciones, aunado al contexto en el dónde se desarrollan, ya sea un aula, hospital, empresa, comunidad, hogar, etc.

Rodríguez, Gil y García (1996) exponen otros criterios en los que se justifica la elección de este método

Su carácter crítico, es decir, en la medida en que el caso permite confirmar, cambiar, modificar o ampliar el conocimiento sobre el objeto de estudio. Su carácter extremo o unicidad, pues parte de una situación que tiene un carácter específico y peculiar. Finalmente, el carácter revelador del caso permite observar y analizar un fenómeno o hecho particular relativamente desconocido en la investigación educativa y sobre el cual pueden realizarse aportaciones de enorme relevancia... Facilidad para acceder al mismo y/o permanecer en el campo todo el tiempo que sea necesario. Posibilidad de establecer una buena relación con los informantes. Poder asegurar la calidad y credibilidad del estudio. (Rodríguez, Gil y García, 1996, p.95)

Estos criterios concuerdan con la presente investigación porque al estudiar las prácticas docentes desarrolladas en relación con el Proceso de Enfermería se pretende ampliar el

conocimiento pues no hay otras investigaciones similares en el contexto específico en el Curso EE-0512/Módulo 6: Intervención de Enfermería con la adultez mayor donde las condiciones no se repiten en ningún otro curso de la Escuela de Enfermería. Se pretende realizar aportaciones de gran relevancia para la docencia en enfermería. Además, existe la facilidad para estar en el campo todo el tiempo que sea necesario ya que la investigadora es parte del cuerpo docente de esta unidad académica y tiene la autorización y el apoyo tanto de sus colegas para desarrollar los procesos requeridos, como de la Comisión de Docencia dadas los insumos que puede generar.

Considerando las características del estudio de caso, es importante citar las ventajas destacadas por Álvarez y San Fabián (2012):

- Se pueden descubrir procesos que con otros métodos no sería posible al considerar cuestiones sutiles.
- Como explorar profundamente de una experiencia permite obtener datos desconocidos, concretos y detallados del tema en cuestión, lo que conlleva a fortalecer la toma de decisiones en relación con la problemática educativa.
- Ayuda a develar realidades educativas complejas, invisibilizadas por la cotidianidad, lo cual impulsa la reflexión para entender procesos internos y descubrir dilemas y contradicciones.
- Posibilita el uso de diversas técnicas en la recogida y análisis de datos (cuantitativos y cualitativos).
- Favorece y exige la triangulación con la información recogida, evitando el sesgo del investigador.
- Es muy adecuado para investigadores individuales y a pequeña escala, como la génesis misma de este trabajo.

Por otra parte, Skate (2005, p.12) asegura que “existen muchísimas formas de hacer estudios de casos”. Por lo que se ha considerado a Lenise *et al.*, (2013) quien menciona que los estudios de caso se pueden clasificar de dos maneras, según contenido y objetivo (exploratorio, descriptivo o explicativo) y según cantidad de casos como (únicos o múltiples). Por tanto, es descriptivo pues se pretende narrar una intervención y contexto

en la vida real en la que se produce (Kin, 2001) y es caso único ya que cuenta con especificidades propias y se someterá a análisis una sola entidad, es decir, el Curso EE-0512/Módulo 6: Intervención de Enfermería con la adultez mayor de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR).

Respecto a las maneras de cómo proceder para hacer un estudio de caso, se han descrito ampliamente tres fases que a continuación se detallan tomando como referencia a Álvarez y San Fabián (2012):

-Fase preactiva: es el periodo en el cual se familiariza con la naturaleza del objeto de estudio y se definen los puntos de partida, es decir, los fundamentos epistemológicos, fundamentos teóricos, los objetivos pretendidos, las delimitaciones del caso (los criterios de selección, el contexto, los recursos) las técnicas, la temporalización, entre otras cosas). Estos responden a un proceso reflexivo y analítico de lo que se desea investigar.

-Fase interactiva: es el procedimiento y desarrollo del estudio, es decir, el trabajo de campo utilizando las técnicas de recolección de datos previamente definidas para luego reducir y relacionar la información a través de la triangulación. Es un proceso exhaustivo y complejo para el investigador pues requiere de constancia y tiempo.

-Fase postactiva: comprende la elaboración del informe final en donde se realiza el análisis de los datos y se especifican las reflexiones críticas sobre el caso analizado para su posterior publicación a la comunidad científica, siempre guardando las normas de éticas y de confidencialidad requeridas.

Por último, es necesario mencionar algunos aspectos sobre cómo asegurar la calidad del diseño planteado. Al respecto Lenise *et al.* (2013) propone cuatro criterios que deben estar presentes:

-La validez de constructo: es constituida por las definiciones conceptuales de los términos, sujetos, situaciones u objetos de estudio con los cuales se pretende mostrar

un panorama claro de lo que se estudiará. Esto queda evidenciado en el marco teórico y plasmado en la categorización *a priori* realizada para dirigir el trabajo de campo.

-La validez interna: es la búsqueda del relacionamiento causal en el estudio de caso para verificar la coherencia entre proposición-desarrollo y resultados. Esta se demostrará en el capítulo de resultados.

-La validez externa: es el dominio en el que los hallazgos pueden ser percibidos, además de la coherencia entre los hallazgos, los resultados de las investigaciones y estudios similares. Esta será reflejada en el apartado de análisis de resultados y discusión en el cual se confrontarán los datos encontrados entre sí y con los ya expuestos en otras investigaciones.

-La posibilidad de réplica: es decir, estudio cumple con todas las especificaciones para que otros investigadores puedan repetirlo en otros contextos y/o lugares. Por tanto, se requiere claridad metodológica que estará descrita detalladamente en este apartado.

3.2 Contexto del estudio de caso

El escenario del caso en esta investigación es el ámbito universitario, específicamente el Curso EE-0512/Módulo 6: Intervención de Enfermería con la adultez mayor de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR). Dentro de los aspectos históricos más destacados y expuestos por la Comisión de Autoevaluación y Acreditación (2013) está que la Escuela de Enfermería se creó en 1917 en el Hospital San Juan de Dios y fue incorporada a la Universidad de Costa Rica en el año 1975 por acuerdo del Consejo Universitario de aquel entonces.

Actualmente esta unidad académica tiene como Misión “formar profesionales que se conciben como miembros de un equipo, los cuales participan efectivamente en el cuidado de la salud de la persona tanto a nivel individual, como colectivo, en los distintos procesos vitales y contextos culturales” y como parte de la Visión “se concibe como una institución de excelencia académica, líder de la formación del recurso humano y en el

campo de la salud para mejorar la calidad de vida de la sociedad costarricense a nivel nacional y regional” (Comisión de Autoevaluación y Acreditación, 2013).

Cuenta con un plan de estudios considerado innovador y transformador por su flexibilidad y dinamismo al tener su constitución de manera modular, donde la enseñanza y el aprendizaje se dan en el ir y venir de los aspectos teóricos y el desarrollo de prácticas (Comisión de Autoevaluación y Acreditación, 2013).

La malla curricular está constituida por un total de 176 créditos, los cuales son distribuidos en 48 cursos. Los cursos modulares son 6 y representan casi el 33% de total de créditos, por lo que para comprender más detalladamente este contexto en la tabla 2 se describe el nombre, número de créditos y tiempo semanal.

Tabla 2. Cursos modulares de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR), 2020.

Sigla	Nombre del curso	Créditos	Tiempo
EE0221	Módulo 1: Intervención de Enfermería con la niñez sana	8	15 hora semanales
EE0312	Módulo 2: Intervención de Enfermería con la niñez mórbida	8	18 hora semanales
EE0322	Módulo 3: Intervención de Enfermería con la adolescencia	9	20 hora semanales
EE0413	Módulo 4: Intervención de Enfermería con la adultez sana	10	20 hora semanales
EE0421	Módulo 5: Intervención de Enfermería con la adultez Mórbida	12	30 hora semanales
EE-0512	Módulo 6: Intervención de Enfermería con la adultez mayor	11	25 hora semanales
Total		58	--

Elaboración propia, a partir del plan de estudios, Escuela de Enfermería, UCR.

El interés para la presente investigación son las personas docentes que participan en el último curso modular de la carrera de Enfermería, es decir, EE-0512/Módulo 6: Intervención de Enfermería con la adultez mayor. Este se imparte durante el primer semestre del quinto año de carrera y corresponde a 11 créditos, por lo que el total de horas presenciales por semana suman 25, distribuidas de la siguiente manera: los días martes se desarrolla clase teórica en la universidad y los días miércoles, jueves y viernes se participa en la clase práctica en diversos escenarios.

Las experiencias de enseñanza y aprendizaje están dirigidas por tres ejes temáticos los cuales contemplan sus propios objetivos específicos. Los ejes son: 1- El proceso de envejecimiento en sus dimensiones biológicas, psicosociales, culturales y espirituales, según género y dentro del contexto legal y político de Costa Rica. 2-Cuidado integral de enfermería a la persona adulta mayor con alteraciones de la salud, considerando las diferencias según género. 3-Fenómeno de las drogas en la población adulta mayor.

Como lo indica el nombre del curso, este está dirigido a la intervención del estudiantado de enfermería con las personas adultas mayores, recordando que dicha intervención es estructurada y dirigida utilizando el Proceso de Enfermería. Se desarrolla en varios escenarios: el aula universitaria, el área hospitalaria (en hospital especializado y en hospital general), el área comunitaria (específicamente en Centros Diurnos para personas adulta mayores, Hogares de Larga Estancia, las casas de personas adultas mayores enlazados o no a la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores de un cantón josefino y en Organizaciones enfocadas a la atención de personas con consumo de sustancias psicoactivas).

Las experiencias de enseñanza y aprendizaje son dirigidas por un cuerpo docente conformado tanto por enfermeros y enfermeras con sus especialidades como por otros profesionales de disciplinas afines (nutrición y farmacología), este grupo ronda los 18 profesores, según la cantidad de estudiantes matriculados en el año; en promedio se disponen al menos 12 grupos para la matrícula ordinaria de este curso.

La selección de este curso para desarrollar el estudio de caso responde a los siguientes criterios:

****Por el curso en sí mismo:** ya que la investigadora tiene fácil acceso y apertura, por lo que le permite asegurar el acceso y la permanencia en el campo para la recolección de datos. Además, está ubicado al final de la carrera, lo que posibilita diversidad de opciones para dar respuesta a la alta complejidad que la persona docente como facilitador debe considerar al enseñar Proceso de Enfermería en cada contexto particular.

****Por las personas docentes:** ya que es un grupo que se ha consolidado en los últimos años, según lo expresó la coordinadora de la Comisión de Docencia durante los espacios de reflexión para delimitar el tema. Esto implica que ha sido un grupo estable que ha participado reiteradas veces, donde existe el compromiso y la experiencia que permite conocer la logística general del curso y de la carrera. Otro elemento de relevancia es que más del 50% se mantienen contratados a tiempo completo por la universidad, permitiéndoles estabilidad laboral y profesional.

3.3 Descripción de participantes

La población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones (Hernández, Fernández y Baptista, 2006, p. 238), por lo tanto, al seguir este enunciado se define la población como todo el personal docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR) que participa en el curso EE0521/Módulo 6: Intervención de Enfermería con la adultez mayor. La cantidad seleccionada dentro de esta investigación cumplió con los criterios de inclusión y exclusión y además se fundamentó en lo planteado por Hernández, Fernández y Baptista (2006) para seleccionar la cantidad de casos en una investigación cualitativa:

(...) para “determinar” (sugerir) el número de casos: 1. Capacidad operativa de recolección y análisis (el número de casos que podemos manejar de manera

realista y de acuerdo con los recursos que dispongamos), 2. El entendimiento del fenómeno (el número de casos que nos permitan responder a las preguntas de investigación) y 3. La naturaleza del fenómeno bajo análisis (si los casos son frecuentes y accesibles o no, si el recolectar información sobre éstos lleva relativamente poco o mucho tiempo) (Hernández, Fernández y Baptista, 2006, p. 562)

Por lo tanto, respetando la capacidad operativa de recolección y análisis de la investigadora, el entendimiento del fenómeno y la naturaleza del mismo, se pretende contar con la participación de al menos 4 docentes que participen en el módulo 6 para desarrollar las entrevistas necesarias y así conseguir la saturación de la información requerida.

Dentro de los criterios de inclusión que cumplieron las personas participantes fueron:

1. Ser docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR) que participe en el curso EE0521/Módulo 6: Intervención de Enfermería con la adultez mayor.
2. Ser docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR) que haya participado más de una vez en el curso EE0521/Módulo 6: Intervención de Enfermería con la adultez mayor.
3. Ser profesional de enfermería.

Los criterios de exclusión fueron:

1. Ser docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR) que participe en el curso EE0521/Módulo 6: Intervención de Enfermería con la adultez mayor y esté en periodo de vacaciones o permiso durante la recolección de la información.

3.4 Métodos de recolección de datos

Para la recolección de la información se planificó usar la entrevista y los registros documentales o evidencias documentales como cualquier documento que aporten las personas docentes asociados al tema. A continuación, se mencionan los aspectos más importantes a considerar.

3.4.1 Entrevista

Para alcanzar los objetivos y responder al tipo de investigación seleccionada se consideró el uso de la entrevista, la cual es “un proceso sistemático por el que un especialista recoge por sí mismo información relacionada con ciertos problemas” (Barrantes, 2006, p. 202). Por su parte, Lucca y Berríos, (2003, p.319) mencionan que es una estrategia que “permite la recopilación de información detallada porque la persona que informa comparte oralmente con el investigador aquello concerniente a un tema específico”.

El tipo de entrevista fue semiestructurada, por lo que estuvo orientada por una guía de acción o protocolo de entrevista con el fin de no perder la perspectiva deseada y evitar la reiteración, fue flexible por lo que el orden de las preguntas pudo variarse sin afectar el resultado. Se incluyeron tanto preguntas cerradas como abiertas, no obstante, las primeras fueron más escasas que las segundas (Lucca y Berríos, 2003). La guía de entrevista (ver anexo 2) se sometió a una experiencia piloto antes de ser utilizada para la recolección de datos, con el fin de subsanar errores evitables como lo sugiere Bisquerra (2000).

Durante la entrevista, se facilitó la expresión de sentimientos y el descubrir y describir las experiencias de las personas participantes con respecto al tema en estudio.

3.4.2 Registros documentales o evidencias documentales

Es preciso recordar que un documento es “un soporte que tiene registrados signos gráficos, iconográficos y fonéticos... prueba y hace constar la existencia de un objeto o fenómeno, de esta manera se convierten en un documento por el hecho de mostrar su propia existencia” (Gutiérrez, 2012, p.11). El documento puede presentarse en diversidad de formatos ya sean libros, revistas, discos, películas, cartas, memorias, etc. Por tanto, este tipo de recolección de datos está destinado a registrar todo tipo de documentos, ya sean informes, documentos sueltos, resoluciones, acuerdos, cartas, entre otros; que permitan profundizar en el análisis de las prácticas docentes en la Escuela de Enfermería.

La fuente de estos documentos vino de de las autoridades de la unidad académica (Comisión de Autoevaluación y Acreditación y Coordinación del curso EE-0512, etc.). Se contó con documentos como: diseño curricular del plan de estudios de licenciatura en Enfermería, el programa del curso en estudio, el cronograma del curso, el plan didáctico. Cabe aclarar que las personas docentes entrevistadas, no aportaron otros documentos que registrasen información pertinente al trabajo docente como la bitácora de la persona docente o libro de actas y los trabajos realizados por el estudiantado en relación al Proceso de Enfermería hechos a mano o registrados digitalmente en programas de texto o en la base de datos NNN Consult.

3.5 Procedimiento de recolección y análisis

3.5.1 Reclutamiento

Este consta de dos tipos: de personas y de documentos. El primero se realizó a través del contacto directo con las encargadas del Departamento de Adultez, al cual pertenece el curso de interés y de la Comisión de Docencia de la Escuela de Enfermería. Posteriormente se realizó una carta informando el proceso a desarrollar (ver anexo 3). Luego se conversó individualmente con cada docente del curso para invitarles a ser parte de la investigación, explicar los propósitos y aclarar dudas, siempre tomando en

cuenta los criterios de inclusión y exclusión y las consideraciones éticas. A las personas docentes que cumplieron con los criterios de inclusión-exclusión y aceptaron participar en la investigación, se les envió vía correo electrónico el consentimiento informado para que pudieran leerlo con detenimiento y así posteriormente aclarar dudas y realizar las respectivas firmas.

El segundo, corresponde a los documentos, los cuales fueron identificados en la fase preactiva e interactiva de la investigación. Para lo cual, se informó sobre el proceso investigativo, de manera formal, a través de una carta (ver anexo 4) a las entidades correspondientes. Dicha documentación solo se utilizó para este fin.

Es preciso aclarar que las entrevistas y la recolección de documentos se realizaron entre los meses de febrero y abril del 2020.

3.5.2 Recolección

Antes de iniciar esta etapa, las personas docentes que cumplieron criterios fueron 4, las cuales aceptaron participar voluntariamente en la investigación. Estas debieron leer, analizar, aclarar dudas, y posteriormente, firmar el consentimiento informado.

La recolección se realizó a través de las técnicas descritas. Las entrevistas fueron realizadas entre los meses de marzo y abril 2020, posterior a la revisión del consentimiento informado por parte de cada participante.

Debido a la situación sanitario por la pandemia del COVID-19, las entrevistas se realizaron a través de la plataforma ZOOM, la cual permitió grabar temporalmente la entrevista en formato de audio y video, para luego respaldar el archivo digital en el dispositivo definido para tal fin. Dicho dispositivo pertenece a la investigadora y ninguna otra persona tiene acceso a él, ni a la información.

Para el respaldo de información se respetó lo solicitado en la legislación vigente.

Usando una computadora, los archivos de audios se utilizaron para transcribir literalmente todas las entrevistas. Se mantuvo el anonimato utilizando seudónimos en el texto. Se respetó todos aquellos momentos en los que las personas participantes no desearon responder a las preguntas.

3.5.3 Análisis

El análisis de datos en investigaciones cualitativas es un proceso no estandarizado que en ocasiones se va realizando de manera paralela a la recolección de los datos, esto favorece la flexibilidad en la interpretación.

Se utilizó la plataforma QDA Miner Lite, la cual permitió releer, organizar y categorizar los datos.

3.5.4 Triangulación

Se realizó una triangulación de los datos para mayor validez del estudio. Esta técnica es definida como el hecho de utilizar diferentes fuentes y métodos de recolección (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Se describen 5 tipos de triangulación según la propuesta por Denzin (1970) citado por Betrian *et al.* (2013). La primera forma de triangulación es la de datos, esta toma en cuenta distintos y variados tiempos, espacios y sujetos de investigación. La segunda forma es la de investigadores, la cual busca recoger los mismos datos a través de varios observadores. El tercer tipo de triangulación es la de métodos, esta consiste en el uso de más de un método o en la habilitación de más de una técnica dentro de un método con el fin de conseguir los datos y analizarlos. El cuarto modo es el de teorías, el cual consiste en la utilización de más de un esquema teórico, teoría o desarrollo conceptual unitario para probar teorías o hipótesis rivales. Por último, se describe la triangulación

múltiple, con la cual se propone el uso simultáneo de por lo menos dos de las maneras citadas en las categorías anteriores.

Por lo anterior, se puede decir que se realizó una triangulación múltiple ya que de manera paralela se realizó una triangulación de datos, una triangulación metodológica y una teórica. La primera permite el análisis de los diversos textos que se complementan en uno solo, pero tomando en cuenta el punto de vista de todas las partes que integran la investigación, es decir, lo expuesto por el personal docente, por los informantes claves y por lo encontrado en las evidencias documentales. Además, se hizo uso de relatos parciales de las personas participantes dentro del desarrollo de ese capítulo, siempre guardando el anonimato de las personas participantes utilizando nombres ficticios y también elementos de las evidencias documentales. La segunda permite contrastar lo encontrado a través de los diversos métodos, pues como ya se mencionó se utilizó como método el estudio de caso. Por último, se utilizó los elementos de la Teoría de la Actividad con el fin de enriquecer el análisis del fenómeno en estudio.

3.5.5 Categorización

El análisis de datos también respondió a una categorización, el cual es un tipo de codificación de datos que “se puede aplicar a todo tipo de datos y que no se centra en un método específico de recogida de datos” (Flick, 2015, p.137). Este autor menciona que ésta no es la única manera para analizar los datos, pero que sí es la más destacada cuando se utilizan entrevistas, como es el caso en esta investigación.

Cisterna (2005) menciona que es el investigador quien le otorga significado a los resultados de su investigación al decidir cómo recoger los datos y cómo organizarlos. Para ello se pueden distinguir entre categorías que son un tópico en sí mismo, y las subcategorías que detallan dicho tópico en microaspectos, las cuales responde a los objetivos de la investigación. Estas pueden ser “apriorísticas, es decir, construidas antes del proceso recopilatorio de la información, o emergentes, que surgen desde el levantamiento de referenciales significativos a partir de la propia indagación” (Cisterna,

2005, p. 64). Por lo que esta estructuración orienta y direcciona la construcción de los instrumentos de recolección de información.

A continuación, la tabla 3 muestra la categorización definitiva una vez que se recolectaron y registraron los datos. Se determinaron tres categorías, la primera, Proceso de Enfermería, en el que se desarrollaron dos subcategorías: definición del Proceso de Enfermería y etapas del Proceso de Enfermería. La segunda categoría es Prácticas Docentes, la cual tiene tres subcategorías: Planificación de la enseñanza-fase preactiva, Metodología didáctica-fase interactiva y Evaluación del proceso de enseñanza-fase postactiva. La tercera categoría es El Contexto donde se contemparon tres subcategorías:

Tabla 3. Definiciones de las categorías y subcategorías que dirigieron el proceso investigativo.

Dimensión	Categoría	Subcategoría definitiva
Prácticas docentes	<p>1. <i>Proceso de Enfermería</i>: es una forma organizada y sistemática de pensamiento crítico, el cual promueve un nivel competente de cuidados, representa una resolución deliberada de problemas, y engloba todas las acciones importantes que realizan las enfermeras, por lo cual establece la base para la toma de decisiones (Alfaro, 2014).</p>	<p>1.1 <i>Definición del Proceso de Enfermería</i>: es la conceptualización que tienen las personas docentes sobre el Proceso de Enfermería.</p>
		<p>1.2 Etapas del Proceso de Enfermería</p>
		<p>1.2.1 <i>Valoración</i>: etapa donde se organiza y sistematiza los datos recolectados sobre la persona y su entorno, con el objetivo de identificar sus necesidades o problemas.</p>
		<p>1.2.2 <i>Diagnóstico</i>: es la conclusión diagnóstica a partir del juicio reflexivo y analítico de la valoración realizada.</p>
		<p>1.2.3 <i>Planificación o Planeación</i>: es la definición de estrategias para abordar las necesidades detectadas, por lo que se realizan un plan de cuidados que puntualiza intervenciones individualizadas.</p>
		<p>1.2.4 <i>Ejecución</i>: es la intervención y puesta en acción del plan de cuidados.</p>
<p>1.2.5 <i>Evaluación</i>: es continua, no obstante, es el medio para confrontar los resultados obtenidos y redefinir si la intervención de enfermería debe finalizar, prolongarse o modificarse.</p>		
<p>1.2.6 <i>Comparación entre las etapas del Proceso de Enfermería</i></p>		

	1.2.7 La construcción de conocimientos asociados al Proceso de Enfermería de las personas docentes
2. <i>Prácticas Docentes</i> : son “el conjunto de acciones que conforman el quehacer cotidiano de los profesores, ejercido a través de interrelaciones subjetivas con los estudiantes, en función de determinados propósitos formativos” (Montes, Caballero y Miranda, 2017, p. 200) y “se centra en la manera en la que la persona docente trabaja, se expresa, se comporta, se relaciona; es decir, la caracterización de sus hábitos, acciones y estilos en un contexto educativo” (Gaitán <i>et al.</i> , 2005, p. 10).	2.1 Planificación de la enseñanza: Fase Preactiva: es un proceso de toma de decisiones para el diseño de la propuesta a ejecutar, ahí realiza su planificación considerando los condicionantes sociohistóricos, para clarificar los objetivos, delimitar el tratamiento de los contenidos, proyectar tareas o actividades para desarrollar, buscar el material de apoyo, mediar la participación del estudiantado, organizar el escenario y definir la evaluación, lo cual queda plasmado en el programa o diseño curricular (García-Valcarcel, 2001).
	2.2 Metodología didáctica: Fase Interactiva: ahí se da la interacción entre las partes implicadas en los procesos de enseñanza y aprendizaje, se puntualizan las estrategias de enseñanza y las tareas de aprendizaje (García-Valcarcel, 2001).
	2.3 Evaluación del proceso de enseñanza: Fase Postactiva: es la valoración o evaluación del proceso de enseñanza, busca el perfeccionamiento didáctico de la persona docente al permitirse reflexionar sobre el proceso desarrollado y al mismo tiempo replantear aquellas cosas poco satisfactorias. Está orientada a elementos que determinan la calidad (García-Valcarcel, 2001).
3. <i>El Contexto</i> : designa el marco y las circunstancias en las que se sitúa el encuentro entre los actores y su	3.1 Escenario de práctica docente en campos clínicos: es aquel que involucran una práctica supervisada en atención de pacientes con la guía del personal docente (Maroto, 2017, p. 2) donde “se desarrollan las experiencias en la gestión del

interacción... se encuentra compuesto por el marco, que es donde se sitúa el encuentro social (entorno físico y temporalidad); la escena, que incluye la relación que une a los actores, y la dinámica, motivos, intenciones que los impulsan al encuentro, así como las estrategias comunicativas empleadas (Rueda, Alonso, Guerra y Martínez, 2014, p.22).

cuidado para adquirir competencias disciplinares y genéricas propias del rol profesional, es decir, en las áreas asistencial, educación, administración e investigación” (Hernández, Illesca y Cabezas, 2013, p.132). Implica una interacción constante entre la persona docente clínico, el estudiantado, el usuario de los servicios de salud y otros profesionales que contribuyen a satisfacer la demanda asistencial (Hernández, Illesca y Cabezas, 2013).

3.2 Otros sujetos participantes en el proceso de enseñanza: son todas las personas involucradas en el proceso de enseñanza dentro de los escenarios de práctica clínica no correspondiente al docente, es decir, el estudiantado, otros enfermeros o enfermeras, otros profesionales, los usuarios y/o familiares de los servicios dados, etc.

3.3 La comunicación en el proceso de enseñanza: un acto de encuentro que lleva a sus participantes a la elaboración conjunta de significados, que se crean en la reflexión del contacto entre ellos, produciéndose así una diversidad de momentos generadores de emociones, interrogantes y reflexiones; los cuales, dependen de la interacción y las significaciones elaboradas por los participantes, dado que son los impulsores en la construcción o reconstrucción del conocimiento (Valverde, 2009, p.2).

Elaboración propia

Es importante señalar que, el análisis de resultados, se presentará según las categorías y subcategorías mostradas en la tabla 3, las cuales son concordantes con los objetivos planteados. No obstante, al realizar el análisis de los datos, se determinó que el orden de las subcategorías debía ser: Proceso de enfermería, El contexto y Prácticas docentes, ya que permitía una mejor comprensión de la información.

3.6 Consideraciones éticas

Es importante aclarar que la investigadora, al ser parte del cuerpo docente de la unidad académica en estudio, no tiene ningún conflicto de interés al realizar la investigación, ya que esta responde a los requisitos de graduación del Sistema de Estudios de Posgrado, cuenta con el aval de las autoridades pertinentes y responde a las necesidades de investigación argumentadas en este documento. Además, se mantuvo el profesionalismo y respetó de la legislación en materia de investigaciones.

Por otra parte, para la realización de este estudio, se tomó en cuenta todas las consideraciones éticas necesarias. Al respecto, el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) afirma que la investigación se puede justificar desde el punto de vista ético sólo si se respeta y protege a los sujetos que participan de la investigación y sólo si lo realizado es moralmente aceptable en la comunidad (CIOMS, 2002). Por lo tanto, se incluyeron los siguientes aspectos:

-La autonomía: es el principio de la bioética que se basa en el respeto de la libertad, la conciencia, las decisiones, voluntades y actos de cada persona (García, 2005). La participación en este estudio es voluntaria, por lo que durante todas las entrevistas se les dio la libertad a las personas participantes de expresar lo deseado, al mismo tiempo que se les respetó los momentos de silencio o aquellos en donde no desean responder algún cuestionamiento o que resultase de difícil manejo. También se les dio la oportunidad de negar o discontinuar su participación en cualquier momento sin acarrear repercusiones negativas. Se le aclaró a las personas docentes que la

información proporcionada tendría uso exclusivamente académico y no sería entregada de forma individual a las jefaturas.

-La privacidad: se mantuvo el anonimato de las personas participantes, en ningún momento se revelaron sus nombres u otros detalles no pertinentes a la investigación. Para identificarlos se utilizó la simbología “Docente 1”, “Docente 2”, “Docente 3”, “Docente 4”. Las personas docentes sujetas de investigación citaron durante las entrevistas a algunas otras personas por sus nombres propios, por lo que para asegurar su anonimato se omitió sus nombres y se les designó por la función, cargo o característica más relevante, por ejemplo (persona administradora 1, profesional de enfermería 1, conserje 1, terapeuta 1 persona colaboradora 1, asistente 1). De igual manera se procedió a omitir los nombres de las instituciones donde las personas docentes desarrollaban sus prácticas docentes, por tanto, se utilizó la simbología HLE1, HLE2, HL3 para los Hogares de Larga Estancia y para los Centros Diurnos se utilizó CD1, CD2, CD3.

Además, la información se respaldó en un dispositivo de almacenamiento externo destinado exclusivamente para ello, el cual estará debidamente identificado y se guardará por un periodo de 10 años, como lo solicita la legislación vigente.

-El consentimiento informado: se confeccionó según lo estipula la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica, se imprimió y se le dio a cada participante. Ahí se constató información detallada sobre la investigación, su propósito, lo que se pretende realizar, los riesgos y beneficios, además de los datos precisos sobre la investigadora. Se les pidió a las personas sujetas de investigación que lo firmasen por voluntad propia, posterior a su lectura, explicación detallada y la aclaración de las consultas surgidas. La investigadora mantiene respaldado digital de esta fórmula firmada (ver anexo 1).

-Los beneficios y riesgos: en primer lugar, es importante aclarar que no se proporcionó ningún apoyo económico ni material como tampoco se adquirió ninguna obligación económica o material de las personas participantes con la investigadora, ni se incurrió

en gastos económicos. En segundo lugar, no se perdió ningún derecho legal por participar del estudio o por firmar el consentimiento informado. Y, por último, se espera generar algunos aportes a la docencia universitaria desde el análisis de las prácticas docentes, por lo que es posible que la labor docente se vea afectada positivamente.

-El asesoramiento: este se dio por parte de un comité asesor conformado por especialistas, las cuales por su conocimiento, pericia y experiencia fueron un recurso indispensable para darle validez al estudio. A la fecha se cuenta con la participación de dos profesoras de la Escuela de Enfermería (que no son parte de muestra) y una profesora del Departamento de Docencia Universitaria (DEDUN).

-Divulgación de resultados: se realizará por medio del informe escrito que se realice de esta investigación, el cual será presentado ante el Sistema de Estudios de Postgrado (SEP). Además, se expondrán los resultados, por medio de una sesión exclusiva, a las personas participantes dándose una retroalimentación al respecto para ambas partes. También se espera realizar publicaciones de artículos científicos en donde se incluirán los objetivos, la metodología aplicada, el análisis de los resultados obtenidos y las conclusiones obtenidas; aspecto contemplado en el consentimiento informado.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 PROCESO DE ENFERMERÍA

Para iniciar este análisis se considerará la primera subcategoría presentada en la tabla 3.

4.1.1. Definición del Proceso de Enfermería según las personas docentes

El primer aspecto por resaltar es que las cuatro personas docentes coinciden que el Proceso de Enfermería es definido como un método o una forma que permite dos cosas en especial: facilitar una estructura u orden o hacer ciencia. Las siguientes expresiones permiten visualizar lo mencionado:

“Entonces el proceso en sí, que es como el método que nosotros hemos adoptado”
(Docente 4).

“Bueno para mí el proceso de enfermería es el que nos da como una línea o ese camino a seguir, es el que va a marcar toda esa... toda la intervención, o, por ejemplo, toda la práctica, en este caso que yo quiero realizar con los estudiantes e independientemente del contexto en el que nos estemos, ya sea comunidad u hospitalario” (Docente 2).

“Es una forma de ordenar la intervención que hacemos, verdad” (Docente 1).

“Para mí es como, como método, lo que me permite es, este, hacer una organización estructurada, secuencial, de todas las intervenciones que van a llevarse a cabo en las diferentes etapas” (Docente 1).

Como punto de partida de esta conceptualización y para efectos del análisis en general, resulta necesario aclarar que, a lo largo de las entrevistas, todas las personas docentes

hacen referencia “al Proceso” y no “al Proceso de Enfermería” como se denota en el comentario de la persona Docente 2. Esto es como una manera abreviada o simplificada que pareciera refleja cercanía con el término y ser la expresión más común entre las personas docentes. También es importante recordar que en la literatura internacional se utilizan diversos términos como proceso de atención en Enfermería (PAE), proceso del cuidado de Enfermería, metodología del cuidado, proceso enfermero, entre otros.

Para comprender lo expresado por las personas docentes, es importante comenzar entendiendo la palabra método desde su sentido etimológico. Esta proviene del latín *methodus* y a su vez del griego *méthodos* que se compone de dos palabras: *meta* que significa “hacia” y *hodos* que es “camino”, es decir, camino seguro para llegar más allá (Diccionario etimológico, 2021). Algo similar es lo que propone el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2021) al dar cuatro definiciones “1: Modo de decir o hacer con orden. 2. Modo de obrar o proceder. 3. Obra que enseña los elementos de una ciencia o arte. 4. Procedimiento que se sigue en las ciencias para hallar la verdad y enseñarla”. Estas definiciones concuerdan con los elementos señalados por las personas docentes “ese camino”, “forma de ordenar”, “organización estructurada”. Por su parte, Rodríguez y Pérez (2017, p. 181) afirman de manera general que el método es “un modo de alcanzar un objetivo, es el cómo se organiza una actividad”, coincidiendo con las definiciones antes citadas por las personas sujetos de investigación que resaltan la forma de dar orden y de organizar.

Ya acercando la mirada a la enfermería y cómo es definido el Proceso de Enfermería, encontramos a Caballero, Becerra y Hullin (2010, p.141) quienes aseguran que la aplicación del proceso enfermero “tiene que ver con contar con un método de registro que permita una comunicación rápida, organizada, sistemática y eficiente de datos”. Además, Wilkinson (2015, p.3) refiere que este “proporciona una estructura para la práctica enfermera, un marco en el que los profesionales en esta materia utilizan el conocimiento y las habilidades para expresar el cuidado humanizado”. Ambas definiciones concuerdan con lo planteado por las personas docentes en donde se señalan aspectos más de orden estructural y de organización. Este elemento es

prioritario, no obstante, se queda corto con respecto a los alcances que tiene el Proceso de Enfermería.

Por su parte Jara y Lizano (2016, p.210) afirman que “el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es el método más documentado a nivel internacional con el cual estructurar la práctica del cuidado científico, fundamentado en los procesos de resolución de problemas y toma de decisiones”. Ellos hacen referencia tanto al método como forma de organizar y al mismo tiempo como camino para hacer científica la labor enfermera. Este segundo aspecto toma relevancia dentro del discurso de las personas docentes, por ejemplo, mencionan:

“El proceso... es una forma de hacer ciencia” (Docente 4).

“El proceso es el..., cómo te explico, vamos a ver..., el proceso es la forma en la que se llega a hacer científica la enfermería” (Docente 3).

Estos comentarios reflejan lo que Marriner desde hace casi cuatro décadas afirmaba, es decir, el Proceso de Enfermería “es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería” (Marriner, 1983, p, 1). Este tema resulta sumamente importante para la enfermería, pues históricamente ha tenido una evolución compleja e interesante al mismo tiempo, ya que la profesionalización es muy reciente y esto ha implicado dificultad en la homologación de ciertos criterios. Por ello Urra (2009, p.15) menciona que, “el concepto y determinación de qué es ciencia de enfermería sigue en elaboración”.

Por esta reciente elaboración de la ciencia enfermera, es que, se encuentra diversidad de criterios y posicionamientos. Además, De Hoyos (2020) menciona que la ciencia no se encarga de analizar la realidad como un todo, sino más bien busca dividir esa realidad en pequeñas partes, permitiendo entender el mecanismo por el cual se presenta dicha realidad y esto se hace a través de la aplicación de un método científico cuyo resultado final proporciona un conocimiento preciso y claro, pero no necesariamente irrefutable.

Con lo anterior, es claro que el ser humano está siempre en ese constante descubrimiento, en el someter las cosas o fenómenos para su comprensión, o sea, la construcción de conocimientos nuevos. Esto conduce a lo que la persona Docente 4 asegura sobre el Proceso de Enfermería, el cual es el medio para llegar a generar conocimiento en enfermería, lo afirma de esta manera:

“Bueno para mí el proceso es un método científico el cual... este... la enfermería puede, eee... o se puede fortalecer para generar conocimiento. Eee, en este sentido se analiza un objeto de estudio” (Docente 4).

Esta definición del Proceso de Enfermería no solo nos pone de frente al método, sino que lo tipifica y dice que es un método científico, coincidiendo con Aguilera (2013, p. 87) quien menciona que “la universalización más acabada del método es la que se conoce como método científico”.

El método científico es una metodología o proceso para obtener nuevos conocimientos, estableciendo relaciones entre hechos, para luego enunciar leyes que expliquen el funcionamiento del mundo (De Hoyos, 2019). Para su aplicación se describen 5 etapas como se muestra en la siguiente figura 7.

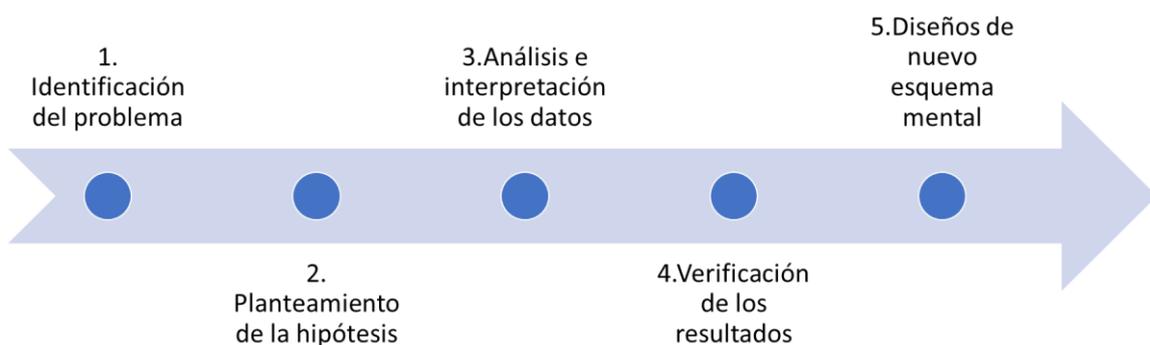


Figura 7. Etapas del método científico según De Hoyos (2019, p. 238).

Según Bunge (2009, p.11) “donde no hay método científico no hay ciencia. Pero no es ni infalible ni autosuficiente”. Esta es una manera en que el ser humano ha podido

explicarse lo que pasa a su alrededor. Es por esto mismo que el método científico es comprendido por Otzen, Manterola, Rodríguez y García (2017, p. 1031) como “la columna vertebral de cualquier proceso de investigación”. Esto permite un acercamiento a lo expuesto por la persona docente 3 cuando dice que el Proceso de Enfermería se asemeja a los pasos de la investigación:

“[...] de hecho, no en vano tiene las mismas pautas que tiene una investigación, entonces es enseñarles a los estudiantes que enfermería no es un proceso al azar..., sino que es un proceso técnico, que evalúen y vean todas estas características”
(Docente 3).

Con ello la persona Docente 3 pretende evidenciar que el Proceso de Enfermería no es algo a la ligera, que surge de la casualidad, sin una intención o reflexión previa, sino por el contrario, requiere de la rigurosidad propia de investigación y de una secuencia de pasos a respetar, lo cual implica en el proceso formativo una ruta a seguir que profundizaremos más adelante; mientras tanto, retomamos el Proceso de Enfermería como método científico.

Son varios los autores que tipifican el Proceso de Enfermería de esta manera. Por su parte, Reyes (2009) dice que es “la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El Proceso de Enfermería le da a la enfermería la categoría de ciencia” (Reyes, 2009, p.69). Es decir, Reyes posiciona la enfermería como científica gracias al método utilizado. Por ello desde 1950, se han desarrollado grandes esfuerzos desde la investigación y la teorización para crecer como ciencia y se ha investigado sobre el Proceso de Enfermería y su evolución y caracterización de cada etapa, permitiendo la difusión del método a nivel mundial. Otros autores como Landeros, Salazar y Cruz (2009), Guerrero, Gallego y Triviño (2017), Miranda, Rodríguez y Cajachagua (2019) y Luis, Fernández, Navarro (2005, p.2) asocian el Proceso de Enfermería con el método científico.

Con ello podríamos constatar que pareciera que la idea que el Proceso de Enfermería es el método científico es muy difundida en la comunidad científica, como lo también lo señala Federico (2017, p. 64) “el proceso de atención en enfermería, según la bibliografía del área, es el “método científico” aplicado en enfermería”. Es tan consolidada esta idea que hay algunos autores que hacen una comparación entre los pasos del método científico con las etapas del Proceso de Enfermería. A través de la tabla 4 se muestran las ideas que expone Federico (2017) de manera resumida.

Tabla 4. Relación entre las etapas del Proceso de Enfermería y los pasos del método científico.

Proceso de Enfermería	Método científico
Valoración: recolección y examen de datos	Planteamiento del problema y marco teórico
Diagnóstico: análisis de los datos para identificar respuesta humanas y fisiopatológicas	Formulación de hipótesis, definición de variables
Planeación: desarrollo del plan	Planeación de actividades
Ejecución: puesta en práctica del plan	Recolección de datos y procesamiento de la información.
Evaluación: decisión de la eficacia del plan	Análisis estadístico, sugerencias, conclusiones, difusión.

Elaboración propia, tomada de Federico (2017, p. 68).

En constraste con lo anterior, cabe considerar que para Salas (2003), Ramírez, A. (2016) y Federico (2017) el Proceso de Enfermería no es un método científico en su esencia más estricta, pues pese a que sí se puede generar conocimientos a través de él y se logran comprender algunas realidades, es más como una herramienta para la práctica, que resulta insuficiente para dotar de leyes y teorías propias a la enfermería como tal. Estos autores añaden más bien que, las teorías propias son usadas dentro del Proceso de Enfermería para comprender dichas realidades y orientar el accionar enfermero. Por tanto, se podría decir que existe una línea delgada entre sí el Proceso de Enfermería es

o no un método científico y esto puede deberse a la diversidad de criterios o la falta de unificación dada por la reciente profesionalización de la enfermería.

Este hecho toma gran relevancia para la docencia en enfermería ya que es necesario tener claridad de esta realidad disciplinaria para poder dirigir y propiciar las posibles reflexiones críticas en el tema, acompañando al estudiantado y así seguir aportando teórica y filosóficamente en la construcción de la Enfermería y de la docencia en enfermería propiamente. Por esto Vílchez y Sanhueza (2011, p.84) mencionan que “es por esta razón que Enfermería intenta cambiar la “receta” de su método y empezar a explorar nuevas formas de llegar a la ciencia”. Al respecto Urra y Hernández (2015, p. 119) mencionan que “las formas de conocimiento que se generan (métodos de investigación) están estrechamente relacionados con el paradigma asumido (metodología y epistemología)”.

Para agregar a la definición del Proceso de Enfermería, Federico (2017) citando a Luis, Fernández, Navarro (2005), explica que es

Un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados [y] como todo proceso, desde el punto de vista operativo consta de una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas, de tal forma que cada una depende de la anterior y condiciona la siguiente. (Federico (2017) citando a Luis, Fernández, Navarro (2005, p.3)

Para estos autores el Proceso de Enfermería tiene una connotación sistémica alrededor de los cuidados en donde se espera un resultado el cual depende de una serie de pasos, aspecto que profundizaremos más adelante cuando tratemos las etapas del Proceso de Enfermería. Con esto es preciso mencionar que este concepto ya nos acerca al Proceso de Enfermería de Tercera Generación propuesto por González y Monroy (2016), en este la enfermería se enfoca en los resultados favoreciendo el desarrollo de conocimientos propios y también asegurando la evolución de estándares de cuidados pues las habilidades cognitivas aumentan. Ese aumento se da debido a que

La implementación de dicha generación al brindar cuidados supone la enorme capacidad del profesional de enfermería para aplicar habilidades críticas, metacognoscitivas y de pensamiento crítico, que de acuerdo con Alfaro suponen una mayor complejidad, puesto que desarrollarlas implica pensar cuidadosamente en los beneficios obtenidos al enfocar el cuidado en los resultados de enfermería. (González y Monroy, 2016, p. 127)

Estas definiciones revelan que el Proceso de Enfermería no es solo una manera de hacer algo, no es solo una estructura que sirve para guiar la práctica, sino que va más allá que involucra las habilidades y las formas de pensamiento. Es por esto que Alfaro (2014, p. 2) especifica que el Proceso de Enfermería “es una forma organizada y sistemática de pensar acerca de los cuidados de una persona” coincidiendo con lo aquí planteado. Pero esta autora va más allá, propone que el Proceso de Enfermería es una forma de pensar que tienen los y las enfermeras y, por tanto, no se queda nada más en el método como forma y estructura, sino que asegura que “es algo más que una guía de planificación y documentación formal de los cuidados. Es lo que debe guiar el pensamiento de las enfermeras diariamente” (Alfaro, 2014, p. 2). Igualmente, Wilkinson (2012, p. 8) comparte esta definición y menciona que “es una forma especial de pensar y actuar. Es un enfoque sistemático y creativo que se utiliza para identificar, prevenir y tratar problemas de salud reales o potenciales; identificar las fortalezas del paciente; y promover el bienestar”.

Es una manera interesante de conceptualizar al Proceso de Enfermería pues supera la visión reduccionista de orden pragmático y propone una visión más amplia que busca fortalecer el ser y saber de enfermería, estableciendo una relación con su esencia, el cuidado, ya que este etimológicamente devine del verbo *cōgitō* que significa pensar (López, 2011). No obstante, es preciso señalar que esta visión que proponen Alfaro y Wilkinson no queda explícita y contundentemente reflejada en cuanto a definición del Proceso de Enfermería como tal por parte de las personas docentes durante las entrevistas. A pesar de ello, la persona Docente 2, comenta que el Proceso de

Enfermería le proporciona al estudiante de enfermería un sentido crítico que le lleva a reflexionar sobre su labor diaria, ella comenta:

“El proceso de enfermería, o sea realmente, al estudiante se le permite eee, explorar, obtener un sentido más crítico de por qué hacemos las cosas; como yo les digo siempre: no vamos a venir al centro diurno a hacer una actividad por hacerla ese día, ¿verdad?, porque vamos a entretener a las personas adultas mayores que están ahí o porque queremos hacer un taller, algo básico, con ellos, ¡no!..., o sea, que realmente siempre les digo: el proceso de enfermería y toda la etapa de valoración que hicimos los primeros días nos permita entonces eee, darle un sentido a esa práctica o a esa actividad que vamos a ir a hacer el día de hoy ¿verdad?, entonces todo va bajo un contexto teórico justificado y entonces yo creo que eso es lo que al estudiante le marca la diferencia ¿verdad? ... no es hacer las cosas por hacerlas, sino que realmente tengan un sentido crítico-reflexivo y que va a dar un beneficio a la persona adulta mayor en todo caso eso es lo que siempre queremos” (Docente 2).

Al respecto dos estudios realizados con estudiantes de enfermería manifiestan aspectos similares a los que plantea esta docente. Por ejemplo, Jara y Lizano (2016) aseveran que el Proceso de Enfermería se caracteriza por fomentar una asistencia reflexiva que está fundamentada en los procesos de resolución de problemas y toma de decisiones que devienen del desarrollo del pensamiento crítico. Por su parte, Bayindir & Olgun (2015) mencionan que las habilidades de resolución de problemas y la aplicación del Proceso de Enfermería pueden ser mejoradas durante la formación de enfermería y a la vez, quienes tengan esa mejoría, tendrán más éxito en la realización del Proceso de Enfermería. Estas características son las que le permiten a la persona que aplica el Proceso de Enfermería “marcar la diferencia” como lo afirma la persona docente, ya que no se concibe como algo mecánico y rígido sino por el contrario determina el hacer desde una reflexión continua.

Es por esto que Dos Santos & Dos Santos (2016) concluyen que la práctica reflexiva es una habilidad esencial para el estudiantado de enfermería en entornos clínicos esto

debido a que les permite tomar conciencia de sí mismos y al mismo tiempo brindar la mejor atención posible con actitudes reflexivas antes, durante y después de actuar.

Por otra parte, dentro de la definición de Proceso de Enfermería podemos acotar que para las personas docentes todavía no hay claridad absoluta sobre él. Al respecto dos docentes comentan:

“Por cómo lo desarrollan en otros países con las experiencias internacionales que he tenido, cómo se aplica en México es muy diferente a cómo se aplica en Colombia o en Costa Rica, verdad, veo que también el mismo gremio no tiene mucha claridad en cuanto lo que es proceso, eso es algo muy importante, entonces uno llega a un hospital y hay enfermeras con mucha experiencia, pero no tiene mucho conocimiento sobre qué es el proceso, verdad, eee” (Docente 1).

“Pero ¿por qué razón? Y eso es lo que hace más complejo el proceso, yo no sé, yo creo que hay demasiados adornos, a mí ahora, viendo siempre me parece como un árbol de navidad con muchos colores y muchas luces, pero no sabemos realmente dónde va cada cosa, entonces ahí vamos aprendiendo en el momento” (Docente 4).

La primera expresión hace referencia a un contexto más general, más asociado a gremio, mientras que la segunda expresión está orientado a la realidad de lo que cómo docentes del curso en cuestión han ido aprendiendo y que todavía no hay claridad en cada detalle. Esto no lleva a pensar en lo complejo del Proceso de Enfermería y las múltiples variables que convergen para su aplicación y enseñanza.

Varias razones podrían anotarse como posibles causas de la no homologación gremial en el tema, sin embargo, podríamos enmarcarlas en una gran etiqueta, es decir, el marco epistemológico de la disciplina de enfermería, en donde se debe considerar su evolución histórica, los avances y aportes de la investigación y el conocimiento enfermero, el acceso a la información y el uso de la tecnología, entre otros.

Para la realidad a analizar, es decir, el caso de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR), es muy escasa la evidencia del estado, solo Jara y Lizano, desde la voz del estudiantado, afirmaban en su publicación del 2016 que “no hay una unificación entre los profesores, y uno sabe que hay profesores y profesoras que no saben cómo hacer proceso o que tienen otros criterios y no quieren cambiarlos, entonces los mayores afectados somos nosotros como estudiantes” (Jara y Lizano, 2016, p. 213).

No obstante, han pasado cinco años y las voces analizadas son distintas (las del estudiantado, las de las personas profesionales, las de las personas docentes) por lo que no se podría generar una conclusión válida, sino solamente se podría decir que es un tema que apenas está empezando a ser objeto de investigación en este contexto. Lo que sí es certero, es que la unificación de criterios entre docentes, facilita y potencia la consolidación del aprendizaje, por eso Reverter, Alonso y Molina (2017, p.204) afirman que “es necesario buscar la coherencia de lo que hacen los profesores respecto de lo que hace el estudiantado, en caso contrario no podemos esperar buenos resultados”. También, Vílchez y Sanhueza (2011, p. 86) aseguran que es necesario “unificar los discursos de docentes y enfermeras(os) que imparten las prácticas, para que no se evidencie incongruencias”, lo cual permitirá el progresivo crecimiento de la disciplina.

4.1.2 Etapas del Proceso de Enfermería

El Proceso de Enfermería consta de 5 etapas claramente establecidas desde 1974, estas son valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Al consultar a las personas docentes sobre las etapas, comentaron:

“Según el plan de estudios de la Escuela de Enfermería es el modelo de, del proceso de enfermería de las 5 etapas, este, propuesto por Lyer... Las 5 etapas son, la primera, la valoración, la segunda el diagnóstico, la tercera es la planificación, la cuarta es la ejecución y la quinta es la evaluación” (Docente 1).

“Ajá, bueno la primera etapa es el proceso de la valoración [...] Ya luego viene la etapa entonces del diagnóstico... nos vamos ya ahora sí a la tercera etapa que es la etapa de planeación [...] Posteriormente entonces seguiría la cuarta fase que es la de ejecución [...] Y finalmente entonces para terminar la pregunta, que la última fase era la fase de evaluación ¿verdad? del proceso de enfermería” (Docente 2).

“Está la valoración, el diagnóstico, la planeación y la ejecución [...] y evaluación y llegar a un fin que se evidencie la mejora” (Docente 3).

“Bueno las etapas, empezamos con una etapa que sería la etapa de valoración [...] posteriormente llegar al diagnóstico [...], posterior que sería la parte de planificación para llegar a hacer las intervenciones y una etapa de evaluación” (Docente 4).

Como es evidente, las cuatro personas docentes coinciden en el nombre de la primera etapa (valoración), la segunda (diagnóstico) y la quinta (evaluación). Con respecto a la tercera etapa, utilizan los términos planificación y planeación como sinónimos, situación también evidenciada en la literatura, ya que Alfaro (2014), Wilkinson (2012), Caballero, Becerra y Hullin (2010), el Grupo CTO (2016), Lizano y Jara (2016), Rios, *et al.*, (2020), Ponti *et al.*, (2017), Guadarrama *et al.*, (2017), entre otros autores ya citados en este análisis, utilizan planificación; mientras que Federico (2017), González y Monroy (2016),

Díaz *et al.*, (2015), UHC, (2011), Marriner (1983), utilizan planeación. Es posible que dicha diferenciación se derive de la traducción al español de la palabra “Planning” en inglés.

En el caso de la cuarta etapa (ejecución), solo la persona Docente 4 utiliza la palabra intervención, esto podría asociarse a que como menciona Caballero, Becerra y Hullin (2010, p. 249) “el núcleo de la fase de ejecución lo constituye el inicio de las intervenciones de enfermería”. Algunos autores utilizan el vocablo intervención para hacer referencia a esta cuarta etapa como Díaz *et al.*, (2015). Otros más lo relacionan directamente con la Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC) como Donizetti, Nazário, Wopereis, Aurélio & Oliveira (2019); Johnson, Edward & Giandinoto (2018); Fennelly, Grogan, Reed & Hardiker (2021). Otros como Wilkinson (2012) y Guadarrama *et al.* (2017) utilizan el término implementación.

A pesar de lo anterior, otro hallazgo es que todas las personas docentes concuerdan en la secuencia u orden de las etapas. Por tanto, se puede afirmar que existe claridad y homologación al respecto entre los sujetos de investigación, lo cual es un hecho importante pues no se encontraron publicaciones donde se afirme este hallazgo sobre docentes de enfermería, solo algunas investigaciones han expuesto que no siempre las personas profesionales en enfermería y/o estudiantes tienen conocimientos claros sobre las etapas como en Díaz *et al.* (2015); Caballera *et al.* (2015); Miranda, Rodríguez y Cajachagua (2019); Campos, Jaimovich, Wigodski y Aedo (2017).

Dentro de las características de las etapas del Proceso de Enfermería se puede destacar que estas son secuenciales como lo mencionan Alfaro (2014, p.9) “las etapas del proceso enfermero son fluidas y están interrelacionadas”, Guadarrama *et al.* (2017, p. 128) “dichas etapas son sucesivas y están relacionadas entre sí de manera directa, una con la otra”, y Caballero, Becerra y Hullin (2010, p. 152) “las fases del proceso enfermero están interrelacionadas y se solapan”. Al respecto las personas docentes mencionan:

“... es de 5 etapas, que son secuenciales, una depende de la anterior” (Docente 1).

“Ahora bien, estas etapas no son lineales, son procesos” (Docente 4).

Con esto, se muestra que las personas docentes tienen claridad sobre la interconexión que tienen las etapas del Proceso de Enfermería. A propósito, Alfaro (2014) lo explica de la siguiente manera:

Tabla 5. Relación entre las etapas del Proceso de Enfermería.

Etapas del Proceso de Enfermería	Razones de la interconexión
Valoración y Diagnóstico	<p>La exactitud del diagnóstico depende de realizar una valoración precisa y completa</p> <p>Mientras se reúne la información durante la valoración también se comienza a analizar e interpretar lo que esta significa antes de que tenga una imagen diagnóstica</p>
Diagnóstico y Planificación	<p>La exactitud de la planificación depende de un diagnóstico preciso</p> <p>Para alcanzar el resultado final deseado, se debe determinar acciones específicas para cada problema</p> <p>Las intervenciones identificadas durante la planificación deben diseñarse para prevenir, resolver o gestionar los problemas identificados durante el diagnóstico</p> <p>Es importante incorporar en el plan los recursos y las fortalezas identificadas durante el diagnóstico</p>
Planificación y Ejecución	<p>El plan guía las intervenciones que se llevan a cabo durante la ejecución</p> <p>Al poner en práctica el plan, es posible que haya que hacer ajustes para obtener los resultados deseados. Incluso volver atrás y comprobar información de la valoración y el diagnóstico</p>
Ejecución y Evaluación	<p>La evaluación es una parte importante de la ejecución</p>

Evaluación y otras etapas	Una evaluación detallada implica examinar lo que ocurrió en todas las demás etapas
---------------------------	--

Elaboración propia, tomada de Alfaro (2014, p. 9-11).

El tema de interrelación entre las etapas también lo amplía la persona Docente 4 y coincide con lo citado en la tabla 5 en las etapas de planificación y ejecución, es decir, que en ocasiones es necesario devolverse en las etapas ya sea porque se necesita profundizar en algún área o como parte de la evaluación, ella expresa:

“... son procesos, porque yo incluso puedo estar en esa etapa de planificación y devolverme a esa valoración porque me hace falta profundizar en un aspecto en específico para poder determinar la intervención a llevar a cabo. Entonces son procesos ¿verdad? que incluso ni siquiera podríamos decir que son cíclicos”
(Docente 4).

Esto pone de manifiesto que el Proceso de Enfermería es complejo pues no se trata de una secuencia lineal de acciones, sino más bien de una red interconectada, como diría Boaventura, Santos y Duran (2017) el Proceso de Enfermería es un trabajo específico, que presupone una serie de acciones dinámicas e interrelacionadas para la realización o adopción de un determinado modo de hacer las cosas. Y Wilkinson (2012) afirmaría que hay siempre una interposición entre las etapas y no siempre ocurren en el orden conocido.

Se coincide en que a pesar de ser un proceso secuencial no es cíclico, pues resulta necesaria la flexibilidad de pensamiento y acción entre las etapas, es decir, poder avanzar y devolverse entre ellas, asegurando la máxima comprensión de la situación de la persona, grupo o comunidad y, por tanto, el mejor abordaje para tratar de mejorar la respuesta humana. Al respecto Wilkinson (2012) menciona que secuencial no significa que las fases siempre ocurren en orden (valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación), o sea, no siempre se completará un paso antes de pasar al siguiente, ya que por ejemplo, en una emergencia, la enfermera pensaría rápidamente en una acción (planificación de intervenciones) y la implementaría

inmediatamente (implementación) antes de realizar una recopilación formal de datos o escribir un plan de atención; después de actuar, volvería a una recopilación y análisis de datos más completos y sistemáticos y continuaría con el Procesos de Enfermería.

Tener claridad en las características de las etapas del Proceso de Enfermería es de gran relevancia para las personas docentes en enfermería, pues estas se consideran el punto de partida. Sin lugar a duda, es indispensable comprender a profundidad este contenido para poder llevarlo a la práctica. Por tanto, las prácticas docentes siempre deben estar sustentadas en experiencia teórica, metodológica y práctica, y así poder desarrollar el proceso de enseñanza en un currículo a través de actos reflexivos, conscientes y prudentes (Moreno y Barragán, 2020).

4.1.2.1 Etapa de Valoración

Es considerada la primera etapa del Proceso de Enfermería, en la cual se “recopilará, organizará, validará y registrará datos sobre el estado de salud actual del paciente. Usted obtendrá datos examinando a los pacientes, hablando con ellos y sus familias, y leyendo tablas y registros” (Wilkinson, 2012, p. 13).

Al pedirle a las personas docentes que definieran esta etapa, lo hicieron de la siguiente manera:

“La etapa de valoración es recapitular y/u obtener información de la persona y confrontar esta información con la teoría para identificar necesidades o fortalezas de la persona” (Docente 1).

“El proceso de valoración es como la palabra lo dice: es todo ese proceso en el que yo recojo toda la información basada en diferentes herramientas o estrategias que puedo utilizar para..., y que pueda llegar a tener una visión completa de ese objeto de cuidado, creo que sería más o menos así, y que varía según el lugar, varía esas

herramientas según el lugar, según el nivel, según ciertas características” (Docente 3).

“La valoración es la que nos permite entonces detectar todas las necesidades que vamos a encontrar ya sea en esa persona de manera individual o a larga en la comunidad ¿verdad? que la taxonomía también nos permite orientar diagnósticos que son dirigidas a la comunidad, en este caso a la comunidad de personas adultas mayores que son con los que trabajamos; eso en valoración” (Docente 2).

“Empezamos con una etapa que sería la etapa de valoración [...], es la etapa en la cual yo como profesional de enfermería, remiro o quiero mirar una... como les decía (voy a referirme solamente a una persona pero que eso puede irse hacia un grupo o hacia una comunidad) entonces remiro o trato de identificar las necesidades o respuestas humanas ¿verdad? eso es lo que yo logro eee, realizar en la parte de valoración. Empiezo a indagar por medio de diferentes métodos ¿verdad? o anteojos para poder identificar esas necesidades y esas respuestas humanas” (Docente 4).

Aquí podemos denotar que las primeras dos definiciones están orientadas más hacia la obtención o recolección de datos, mientras las segundas están enfocadas hacia las necesidades o respuestas humanas. Todas expresan elementos propios de la etapa de valoración, por lo que se puede considerar que las personas docentes comprenden la etapa.

Para Wilkinson (2012) y Caballero, Becerra y Huillin (2010) la valoración de enfermería consta de recopilar, validar, organizar y registrar los datos de la persona, grupo o comunidad en cuestión. Esta valoración es “para determinar el estado de salud e identificar los problemas reales o potenciales” (Alfaro, 2014, p.46). Para lograr ello, las personas docentes aseguran utilizar junto a sus estudiantes diferentes recursos y fuentes, entre ellos destacan la entrevista con la persona adulta mayor conocida como historial de enfermería, la entrevista con otros sujetos participantes, el examen físico o valoración física, la revisión de expediente clínico, el uso de escalas de valoración

pertinentes a las características de la persona, la observación del entorno, la solicitud del consentimiento informado, entre otras. Lo expresan así:

“[...] aplicaría una serie de instrumentos como por ejemplo la entrevista de enfermería que la Escuela le llaman historial, luego examen físico a partir de esto ya, esto me da un panorama general de las características de la persona y a partir de esto puedo irme enfocando en aspectos específicos. Luego la revisión de expediente, que es una fuente de información importantísima” (Docente 1).

“[...] es por medio de un historial de enfermería, que usamos el que ya está establecido en el módulo que es el de los patrones funcionales de Marjory Gordon, es un historial que tenemos yo creo que bastante trabajado y bastante completo [...] los estudiantes por medio de diferentes instrumentos e incluso de la observación van a determinar cuáles son los principales hallazgos o necesidades que vamos a detectar” (Docente 2).

“El proceso de valoración, yo les entrego a los estudiantes instrumentos, escalas, que hacen que puedan valorar y hacer todo ese proceso de valoración, [...], los pongo a hablar con los adultos mayores, los pongo a revisar expedientes, tienen expedientes pequeños y muy básicos” (Docente 3).

“[...] la parte de valoración detallada, [...] ahí porque depende de la población así yo voy a ir sumando esas escalas, [...] hacer el consentimiento, tienes que utilizar el instrumento: sea NNNConsult, un historial, que tienes que hacer valoración física [...] ahora virtuales en hacer la valoración desde la técnica de observación si son muchas, muchas cosas, entonces o a través de la indagatoria que yo pueda poner dentro de la aplicación de ese instrumento que se hizo bajo esa técnica de indagación”. (Docente 4).

Como se puede notar en los comentarios de las personas docentes sujetos de investigación, ellos junto a sus estudiantes utilizan gran variedad de recursos y fuentes con el fin de comprender las necesidades de las personas con las que comparten en el

curso EE-0512. Al respecto de los recursos, la UCH (2011), Wilkinson (2012) y el Grupo CTO (2016) mencionan que los métodos más utilizados para la recolección de datos son: la entrevista clínica, la observación y la exploración física o examen físico. Por su parte, Rubio (2016) incluye las pruebas complementarias como el ECG, presión arterial, pulso, saturación, etc., y las escalas de valoración.

Con respecto a las fuentes de donde provienen los datos pueden considerarse dos: la fuente primaria y la secundaria. La primera es la persona por sí, es considerada la mejor fuente. La fuente secundaria es todo aquello que no proviene de la persona, como lo que puedan decir las personas de apoyo (familiares, cuidadores, amigos), las personas profesionales, la historia clínica, etc. (Grupo CTO, 2016). Al respecto, las personas docentes hacen referencia a las fuentes primarias, específicamente las personas adultas mayores, lo hacen así:

“[...] de la misma persona adulta mayor” (Docente 1).

“También los estudiantes llegan ese día y realizan algún tipo de entrevista también a la persona adulta mayor que asiste al centro diurno” (Docente 2).

“Entonces empiezan a hablar con cada uno de ellos, cada uno va muy probablemente a la mesa y se presentan, hablan, y comienzan a ver que es la necesidad que esa población tiene y que además es muy variada” (Docente 3).

“[...] por supuesto, la misma persona con la cual una interactúa” (Docente 4).

También mencionan la gran relevancia de las fuentes secundarias, ellos comentan:

“Una parte muy importante de información es la información que me den los familiares o las personas cuidadoras, las personas que están alrededor como equipo técnico [...], y con la administradora que tiene cualquier cantidad de información, ella conoce en detalle a cada persona adulta mayor que está ahí [...] Puedo hablar y puedo obtener información de la parte administrativa, de los otros

colegas, de las otras personas que están alrededor de la persona adulta mayor”
(Docente 1).

“Ellos ese día van a realizar una entrevista a la directora de ese centro, a las personas claves de ese centro, por ejemplo: la señora del aseo, a la señora de la cocina ¿verdad? [...] tenemos más personas claves a las que podemos entrevistar”
(Docente 2).

“Está la trabajadora social, la administradora, la terapeuta, dos cocineras, una conserje [...] ellos son parte de las personas que nos colaboran en el proceso de valoración diciéndonos “cuál es parte de esa necesidad que ellos consideran que ellos tienen y que el grupo de adultos mayores posee, cuáles son las características de los adultos mayores, o cuáles son las personas que son conflictivas para que no se te caiga todo el proceso”, son muy importantes en todo ese proceso de valoración, [...] pero básicamente son informantes” (Docente 3).

“Bueno y todos los informantes claves, al menos en comunidad esos informantes son realmente claves, esenciales porque a veces hay que validar información y ¿verdad? yo creo digamos que eso es básico” (Docente 4).

Esta información de fuentes secundarias facilita la comprensión real y completa de la situación de las personas sujetas de cuidado, y, por tanto, permite identificar certeramente sus necesidades y así encausar las demás etapas del Proceso de Enfermería. Además, es preciso anotar que, al trabajar con personas adultas mayores, éstas, en algunas oportunidades no pueden proporcionar información y fungir como fuente primaria, por diversos motivos, no están en condición física-cognitiva de hacerlo, no conocen o recuerdan cierta información, no desean hablar del tema, etc. Wilkinson (2012) menciona algunas personas como los adultos mayores, requieren técnicas especiales de comunicación para así completar la recogida de datos.

Las fuentes de información son claves para las personas docentes, quienes deben estar pendientes de su correcto uso por parte del estudiantado, ya que esto permite la

comprensión real del caso y asegura la validez de la información, lo cual implica solidez para la puesta en escena de las siguientes etapas del Proceso de Enfermería.

Otro aspecto a considerar es que la valoración puede ser una valoración integral, es decir, debe comenzarse desde cero, sin conocer ningún dato previo de la persona y en otras ocasiones se puede realizar una valoración continua, esto quiere decir que se sigue un proceso ya iniciado y ya existe cierta información conocida y/o registrada. No obstante, para que la valoración esté completa debe contener datos subjetivos (conocidos como síntomas, los cuales no son medibles ni observables, se obtienen de lo que le digan las personas) y datos objetivos (conocidos como signos, pueden ser detectados por otra persona que no sea la persona en cuestión). Ambos son obtenidos a través de diferentes medios, por ejemplo: al aplicar el historial de enfermería, es decir, la entrevista se pueden recolectar datos subjetivos y a través de la valoración física usando la examinación y la observación se pueden obtener los datos objetivos. Lo antes descrito está representado en la figura 8 a manera de resumen.

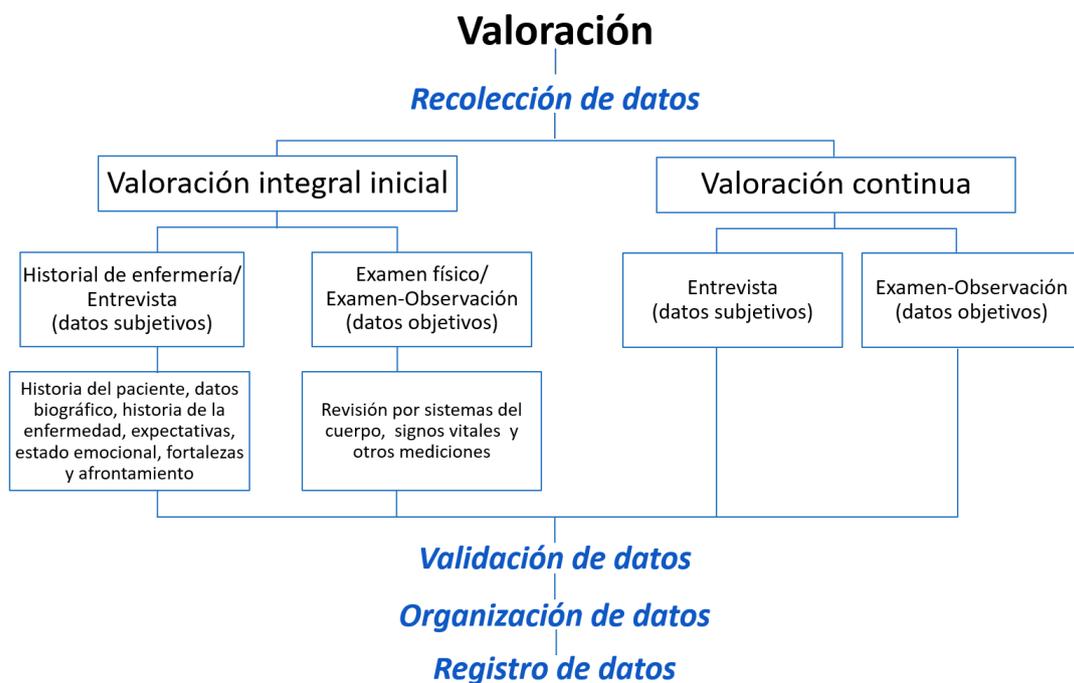


Figura 8. Etapa de valoración del Proceso de Enfermería, basado en Wilkinson, 2012, p. 78.

Por otra parte, cuando hablamos de la validación de los datos es precisamente cuando aseguramos información necesaria y que ésta sea veraz, con ello evitamos la toma de decisiones basadas en suposiciones o informaciones incompletas (Rubio, 2016). Esto implica: uno, garantizar que la información es completa y así evitar cometer errores en la identificación de problemas; dos, obtener la información adicional necesaria sin omitir alguna parte; tres, comprobar la congruencia entre los datos objetivos y subjetivos; cuatro, evitar llevar a conclusiones precipitadas; cinco, saber diferenciar entre un dato y una inferencia, ya que esta última es la interpretación o conclusión de una persona profesional a partir de los datos (Grupo CTO, 2016).

Al respecto, solo una persona docente hace referencia a la validación de los datos, lo podemos ver en las siguientes citas:

“[...] dependiendo, porque si es un caso nuevo en definitiva iniciaría con la parte de valoración desde cero, si es un caso de seguimiento yo lo que hago es validar toda esa información que tengo en la valoración y así voy también validando las intervenciones ya realizadas o las evaluaciones ya realizadas entonces eso también es importante diferenciarlo” (Docente 4).

“[...] en hacer los casos de seguimiento lo que me he topado y uno de los hallazgos es que no reconocemos los datos que me están llegando, entonces, no llego a la validación, ¡no!, dudo de todos ellos, y no es que los tenga que reconocer desde el inicio, es que tengo que saber que dentro del proceso yo tengo con que validarlos, es diferente a dudar, ¿verdad?, entonces en estos contextos siempre, en esos casos de seguimiento: “esta información fue veraz en este contexto y en este momento”, ahora tenemos que validar a ver si esta información cambió en algo o se mantiene, o ya no existe. Es diferente la validación a decir: “no, este proceso o este expediente ya a mí no me funciona”, ¡no!, es un documento que más bien me ayuda como una fuente de información” (Docente 4).

Al seguir la idea de estos comentarios citados, se puede decir que coincide con lo que Wilkinson (2012) plantea, es decir, la validación es clave para verificar la información,

determinar si sigue siendo precisa y objetiva en el contexto y momento actual, y al mismo tiempo para eliminar las percepciones equivocadas, las cuales la persona Docente 4 le llama “dudar”.

En la etapa de valoración, específicamente en la validación de los datos, es indispensable que la persona docente pueda establecer una comunicación clara, directa y efectiva con el estudiantado para poder identificar oportunamente si éste realizó correctamente la consolidación de todos los datos relevantes y necesarios, y a la vez, si cuenta con la pericia y habilidades para determinar la veracidad de la información obtenida de fuente primarias y secundarias y evitar interpretaciones equivocadas que conduzcan a diagnósticos de enfermería que no responden a las respuestas humanas precisas.

Otro elemento dentro de la valoración de enfermería es la organización, esta consiste en agrupar los datos, lo cual facilitará el análisis que debe realizarse después (Grupo CTO, 2016). Esta agrupación de información debe seguir un patrón o modelo de organización (Rubio, 2016). Existen diversos tipos, pero la mayoría de autores coinciden en dos: los modelos enfermeros y los modelos no enfermeros (Rubio, 2016) (Wilkinson, 2012).

Los modelos enfermeros están enfocados en las respuestas humanas y podríamos incluir:

- Los instrumentos específicos de valoración de necesidades y de problemas más comunes en una unidad o servicio específico
- Los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.
- Las necesidades humanas fundamentales de Virginia Henderson.
- La Taxonomía II de la NANDA internacional.
- El modelo de Autocuidado de Orem.
- El modelo de Adaptación de Roy.

Los modelos no enfermeros están centrados en otros aspectos como:

-El modelo biológico orientado al funcionamiento de los órganos, los aparatos y los sistemas corporales.

-La pirámide de necesidades de Abraham Maslow.

Al respecto las personas docentes afirman que en el curso EE-0512 está determinado que la organización de la información debe ser por los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. Comentan:

“Bueno como ya hemos tenido un historial que hemos trabajado durante varios años en el módulo y que está tan bien formulado y ya ha sido revisado por todos nosotros, entonces no me complico de mandarlos a buscar otro historial o que lo creen, trabajamos con ese mismo, entonces repasamos con el manual que tenemos lo de los patrones funcionales de Marjory Gordon” (Docente 3).

“Entonces ¿cómo hago yo para poder sistematizar esa información?, ¿en qué?, ¿cómo?, ¿cuándo?, entonces para mí era importante que el estudiante viniera con un posicionamiento, que en aquel momento no estábamos ni con patrones ni nada, entonces era con el historial, y por eso es que terminábamos con Marjory Gordon y ya el proceso que estamos haciendo; igual puede ser por ese, puede ser por Virginia, al fin y al cabo yo siento que llegamos al mismo momento, al mismo lugar, eee, pero yo si como enfermera tengo que decir que lo voy a hacer desde Gordon, para mí eso es claro; o lo voy a hacer desde los dominios o lo voy a hacer desde...; no importa, porque la información es la misma, yo la estoy viendo desde esa perspectiva” (Docente 4).

Desde aquí podemos contrastar estas visiones, aquella que se rige por lo establecido administrativamente en el curso, y aquella que tiene una posición más abierta, coincidiendo con Rubio (2016, p.36) cuando dice “todos los modelos de organización de la información son complementarios y necesarios”. Es que la organización es solo eso, una forma de categorizar y ordenar la información, puesta esta seguirá siendo la misma, lo que cambia es la estructura para visualizarla. También el Grupo CTO (2016) menciona que los modelos teóricos de enfermería proponen diferentes formas de organizar.

La persona Docente 4 debate al respecto y sugiere que para el nivel del estudiantado (último año), deberían ser ellos quienes determinen la organización de los datos y que no sea la normativa del curso quién limite esa experiencia. Ella explica:

“Constantemente tenemos que estarnos preguntando... es más yo a esta altura yo les diría a los estudiantes “bueno ¿por qué método vas a valorar?” Porque perfectamente es ahí a este nivel, donde yo esperarí que me digan: “no profe, yo voy a valorar desde Virginia Henderson, no profe yo voy a valorar desde los patrones con Gordon... y no que tuvimos que decirles vamos por Gordon, punto, se acabó. Tuvimos que hacerlo de esa forma, como poner ese orden, pero hay que ir migrando hacia esas hacia otras [...]” (Docente 4).

En conclusión, la organización de la información es una manera de sistematizar y que debe conducir a la formulación de las hipótesis diagnósticas enfermeras, a través del juicio clínico (Rubio, 2016). No se puede perder de vista lo que dice Alfaro (2014), ningún instrumento clasifica todo, por lo que cada profesional tiene que pensar en las relaciones entre los datos, para así hacer un mejor uso de ellos. Esto le conduce a la persona docente en enfermería a la necesidad de tener claridad de las diversas maneras de organizar los datos de la valoración con el fin de permitirle al estudiante posicionarse críticamente al respecto y como lo menciona la Docente 4 a tener amplitud y no cerrarse a una única manera de hacerlo.

Este pensar sobre los datos lleva a lo que se llama confrontación teórica, es decir, el conjunto de conocimientos pertinentes a los datos recolectados, los cuales comprenden el bagaje de conocimientos científicos que tiene la enfermera en relación a los datos (UHC, 2011). Esto le permite al profesional decidir qué es relevante y qué no y cuáles hallazgos son anormales y por qué (Alfaro, 2014).

Solo un docente habla de la confrontación teórica explícitamente, lo hace así: *“una vez que se tiene todo este conglomerado de información sobre la persona se procede también a hacer la revisión, la confrontación de la..., la confrontación con la teoría”*

(Docente 1). Esto es relevante ya que permite tener claridad sobre la información con la que se está relacionando y al mismo tiempo favorecerá la toma de decisiones.

Por último, en la etapa de valoración de enfermería se debe registrar los datos recolectados, es decir, se debe informar y registrar lo encontrado en cada parte de la valoración (Alfaro, 2014). Esto se puede realizar a través de sistemas de información computarizados en donde se respaldan los datos recopilados (Wilkinson, 2012) o a través de otros sistemas dependiendo de los lugares y las políticas que les rigen.

El registro de los datos recolectados es muy relevante debido a que constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo de salud, facilita la calidad de los cuidados porque se puede comparar con las normas establecidas; además, se convierte en una prueba de carácter legal y permite la investigación y la vinculación entre la teoría y la práctica (Caballero, Becerra y Hullin, 2010). Es por ello que esta parte de la valoración no puede ser omitida.

Las personas docentes hacen referencia a que el estudiantado realiza los registros en una plataforma informatizada llamada NNNConsult. Las personas docentes afirman:

“el proceso de forma individual... bueno, ahora lo estamos trabajando igual con la plataforma NNNConsult entonces se utiliza con los estudiantes, es por medio de un historial de enfermería” (Docente 2).

“[...] hay una plataforma NNNConsult que me permite a mí identificar una serie de cosas [...]” (Docente 4).

“[...] instrumentos específicos que utilizo, por ejemplo, que se yo, eee, la plataforma del NNNConsult [...]” (Docente 1).

La NNNConsult es una herramienta online que te permite consultar fácilmente los lenguajes enfermeros estandarizados de los diagnósticos de enfermería desarrollados por Nanda International (NANDA), los resultados de enfermería según la Nursing

Outcomes Classification (NOC), las intervenciones de la Nursing Interventions Classification (NIC) y los vínculos entre ellas, pero además ofrece un módulo adicional que permite gestionar todas las actividades docentes relacionadas con la creación de planes de cuidados: asignación de tareas, creación de casos clínicos con planes asociados, evaluación y seguimiento (NNNConsult, 2015). La NNNConsult es un recurso del Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información (SIBDI) de la Universidad de Costa Rica al que se puede acceder como Escuela de Enfermería.

Para el registro de la información de la valoración de enfermería, las personas docentes de enfermería tienen la responsabilidad de conocer en detalle las plataformas disponibles y sus alcances, con el fin de poder sacarle el mayor provecho a las herramientas digitales y poder orientar al estudiantado en el uso correcto.

En resumen, la valoración “es la base de todas las demás etapas del proceso enfermero” (Alfaro, 2014, p.46), es por esto que las personas docentes afirman:

“No siento que haya algo más fácil o más difícil, para mí la etapa -vuelvo a repetirlo de mucha, mucha, mucha importancia definitivamente y yo- creo que es la etapa de valoración básicamente” (Docente 3).

“Para mí, esta primera fase de valoración, y ya sabemos que la valoración es este transversal, pero es la principal etapa porque sin ello no puedo desarrollar lo demás [...] la parte de valoración es la parte principal para poder desarrollar el resto y llegar a un buen diagnóstico” (Docente 4).

“La valoración es incluso la etapa más larga, más fuerte, y es la que me va a dictar lo otro; lo otro ya por establecido, ya ahí podemos hacer un montón de cosas” (Docente 4).

Pero, además, no solo es la base, sino que, como ya se mencionó, existe una interconexión entre las etapas que es reflejado con estas palabras:

“Si el estudiante tiene la información completa en el proceso de valoración pues se le va a hacer mucho más ágil lo que es la etapa de diagnóstica” (Docente 3).

4.1.2.2 Etapa Diagnóstica

Esta segunda etapa del Proceso de Enfermería llamada Diagnóstica es donde se “analiza y sintetiza la información para identificar el problema y emitir un juicio clínico acerca de la respuesta humana frente al estado de salud o enfermedad” (Caballero, Becerra y Hullin 2010, p. 185). Ese juicio clínico es “el término que identifica la manifestación del pensamiento crítico en el área clínica y normalmente implica la toma de una serie de decisiones clínicas” (Caballero, Becerra y Hullin 2010, p. 186). Por tanto, en esta etapa las personas profesionales en enfermería utilizan el razonamiento diagnóstico para analizar los datos y sacar conclusiones acerca del estado de salud de la persona, grupo o comunidad, al mismo tiempo que verifican estas conclusiones, luego seleccionan etiquetas estandarizadas, que registrarán en el plan de atención (Wilkinson, 2012).

Con esto, Wilkinson (2012), ya hace alusión al uso de los lenguajes enfermeros estandarizados dentro del Proceso de Enfermería, por lo tanto, es preciso aclarar que, para efectos de este documento, se plantearán las bases conceptuales junto al uso de los lenguajes enfermeros estandarizados, los cuales se ampliarán más adelante.

El razonamiento diagnóstico se puede dividir en tres grandes momentos: la interpretación de los datos, la verificación del diagnóstico y por último el etiquetado y registro del diagnóstico. A manera de resumen la tabla 6 muestra el paso a paso que permitirá comprender lo contenido en esta etapa del Proceso de Enfermería.

Tabla 6. Resumen del proceso de razonamiento diagnóstico.

Paso	Acciones
Interpretación de los datos	<i>Nivel I: Identificar las señales importantes</i> Organizar los datos concisamente usando un marco de enfermería

	Comparar datos con estándares y normas para identificar pistas
	Nivel II: Agrupar las señales e identificar las lagunas de datos
	Agrupar señales importantes; buscar patrones y relaciones
	Categorizar las agrupaciones de acuerdo con su marco
	Identificar lagunas e inconsistencias en los datos
	Nivel III: Sacar conclusiones sobre el estado de salud actual
	Pesar todas las explicaciones como sea posible para cada grupo de señales. Luego, decidir cuál hipótesis la explica mejor
	Identificar el problema (diagnósticos de promoción de la salud; diagnósticos enfocados en el problema, de riesgo; diagnóstico de síndrome, problemas de colaboración y problemas médicos)
	Identificar las fortalezas de la persona, grupo o comunidad
	Nivel IV: Determinar etiologías y categorizar problemas
	Determinar las etiologías de los problemas
	Categorizar los problemas de acuerdo con su marco
Verificación del diagnóstico	Verificar diagnósticos y fortalezas con la persona, familiares, otros profesionales y referencias
Etiquetado y registro del diagnóstico	Elegir una etiqueta de problema estandarizada. Escribir las declaraciones formales del estado de salud
	Priorizar los problemas
	Registrar las declaraciones del problema en los documentos pertinentes

Elaboración propia, tomada de Wilkinson (2012, p. 136) y NANDA Internacional, 2021.

El primer paso, la interpretación de los datos es un proceso complejo compuesto por los cuatro niveles señalados en la tabla 6. Estos, por supuesto, no son ni rígidos ni lineales y demanda a la persona docente un alto nivel de análisis a través del pensamiento crítico y razonamiento clínico.

Con este marco se puede empezar a analizar lo que las personas docentes del curso EE-0512 refirieron al pedirles definir con sus palabras esta etapa, expresaron lo siguiente:

“La etapa diagnóstica, el establecimiento de... y priorización de los diagnósticos en este caso con la ayuda de un lenguaje estandarizado, NANDA, NIC, NOC [...] es donde puedo determinar las etiquetas diagnósticas para posteriormente redactar el diagnóstico completamente, entonces la herramienta que utilizamos es el lenguaje estandarizado, que es NANDA, NIC y NOC, para efectos del diagnóstico” (Docente 1).

“Ya luego viene la etapa entonces del diagnóstico... bueno empezamos a ver cuáles fueron las principales necesidades detectadas [...]. Luego en la etapa diagnóstica entonces es la que nos permite llegar a estee..., como..., a hacer ese enlace entre la teoría y lo que estamos detectando, es la que nos permite entonces, diii..., ver hacia dónde vamos a dirigir la intervención con ese diagnóstico y sobre todo nos permite ver con qué lo podemos relacionar o qué nos puede estar ocasionando esa situación; entonces por ahí eso nos permite la etapa diagnóstica” (Docente 2).

“El diagnóstico básicamente lo que me da..., ah bueno, y hago esa contraposición, pero básicamente sería también parte de lo que es ese proceso de valoración, ok, donde hago también esa triangulación con información que tengo acerca de lo que estoy investigando para saber qué real o qué poco real es eso. En el diagnóstico pues básicamente me dirijo, ah quizá una de las partes más importantes que para mí tiene, que es la red lógica, esa elección y priorización de diagnósticos, por lo menos para mí esa es la parte que considero más importante, que no es igual para todas las personas, aunque tengan la misma patología, las mismas características” (Docente 3).

“Una vez que yo tenga todas estas respuestas humanas, eee, entonces lo voy a traducir en este caso a un diagnóstico y ese diagnóstico, esa etapa diagnóstica, yo trato de correlacionarlas y decir “bueno este diagnóstico es el principal y estos dos

los secundarios, o sólo hay uno secundario”; identifico entonces cuál es ese, ese diagnóstico de enfermería” (Docente 4).

Según las definiciones realizadas por las personas docentes se puede decir que fueron inespecíficas, pero coinciden con palabras claves o expresiones como: establecimiento de diagnósticos de enfermería, etiqueta diagnóstica, análisis de necesidades detectadas, priorización y uso de NANDA, los cuales se irán analizando en adelante siguiendo lo planteado en la tabla 6 sobre el razonamiento diagnóstico.

Para comprender más a profundidad lo mencionado por las personas docentes en relación con el razonamiento diagnóstico y más aún con el primer paso de la Interpretación de los datos, es preciso aclarar los términos asociados, para ello Wilkinson hace una diferenciación entre 3 términos. Ella insiste que el *Diagnóstico* es la segunda fase del Proceso de Enfermería y es el proceso de razonamiento utilizado para interpretar los datos con el fin de sacar conclusiones y así poder hacer un diagnóstico de enfermería; el *Diagnóstico de Enfermería* es una conclusión sobre el estado de salud del paciente, y la *Etiqueta Diagnóstica* es cuando se escribe un diagnóstico de enfermería como una declaración formal utilizando la lista estandarizada de terminología de diagnóstico aprobada por la NANDA Internacional (Wilkinson, 2012).

Los términos: diagnóstico, diagnóstico de enfermería y etiqueta diagnóstica, comúnmente son utilizados sin mucha distinción, lo cual puede traer confusión, interpretaciones equívocas o inexactitud dentro del vocabulario enfermero, restando solidez a la profesionalización y consolidación de la disciplina.

También, esta no diferenciación pudiera estar asociado a que cuando se habla de diagnóstico se puede estar haciendo alusión tanto a un proceso como un producto, es decir, la etapa como tal requiere de un proceso de razonamiento para interpretar los datos, los cuales se transformarán en un producto al hacer la declaración del estado de salud de la persona por medio del diagnóstico de enfermería, usando los términos estandarizados (Wilkinson, 2012).

Para comprender y contextualizar los resultados asociados a esta segunda etapa del Proceso de Enfermería, es importante señalar el uso de las palabras a lo largo de las entrevistas de los 4 docentes, las cuales se contabilizaron y representaron en la figura 9.



Figura 9. Resumen de la contabilización de palabras asociadas a la etapa diagnóstica del Proceso de enfermería, según las entrevistas realizadas a los Docentes de la Escuela de Enfermería, UCR.

Es decir, la expresión "etapa diagnóstica" aparece solo 9 veces en las entrevistas; la palabra "diagnóstico" o "diagnósticos", aparece 142 veces, de las cuales 107 veces hacen referencia a los diagnósticos de enfermería, 21 veces a la etapa diagnóstica y solo 14 veces no están relacionadas con Proceso de Enfermería; y la palabra "etiqueta" y/o "etiquetas" aparecen 18 veces, de las cuales 16 hacen referencia al término etiquetas diagnósticas. Por tanto, con esto podría decirse que las personas docentes no hacen una distinción estricta de los términos y que en su mayoría utilizan las palabras "diagnóstico" o "diagnósticos" para referirse a los diagnósticos de enfermería y no a la etapa del Proceso de Enfermería como establece Wilkinson (2012), esto podría estar asociado a que abrevian el término como una expresión de confianza. Sin embargo, esto tiene relevancia para la docencia en enfermería ya que, esta debe caracterizarse por la claridad y especificidad de uso de los términos para evitar confusiones y promover el uso correcto de los mismos.

Teniendo en cuenta la particularidad antes señalada, retomamos el análisis de las definiciones dadas por las personas docentes. Se puede mirar la definición de la persona Docente 4, quien utiliza las palabras "respuesta humana", éstas son claves dentro del lenguaje que distingue a las personas profesionales en enfermería y su

aplicación en la etapa diagnóstica. Esto debido a que el concepto de diagnóstico de enfermería es el juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o susceptibilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad (Herdman y Kamitsuru, 2018). En palabras de Alfaro (2014, p.98) el diagnóstico de enfermería es “un juicio clínico sobre las experiencias o respuestas reales o potenciales de una persona, familia o comunidad antes los problemas de salud o los procesos vitales”.

Por lo tanto, los diagnósticos de enfermería están basados en las respuestas humanas, como bien señala la persona Docente 4, es decir, en “las actuaciones que realiza una persona ante la presencia de procesos vitales y problemas que pueden llegar a afectar directamente al individuo” (Guadarrama, Garrido, Nava y Alberto, 2017, p. 94). Estas respuestas humanas pueden presentarse en varias dimensiones (biológica-física, psicológica, interpersonales-social o espiritual); en diferentes niveles (celulares, sistémicos, orgánicos); y/o pueden ser tanto útiles como perjudiciales (Wilkinson, 2012), por lo que un factor de estrés puede provocar diversas y particulares respuestas en cada persona llegando a alterar su estado funcional.

Otras características que podemos destacar de los diagnósticos de enfermería, ayudan a comprender que éstos tienen un carácter único y delimitan el accionar enfermero y, por tanto, se diferencian con facilidad de otros tipos de diagnóstico, entre ellos los diagnósticos médicos. La siguiente tabla ayuda a identificar estas características.

Tabla 7. Características de los diagnósticos de enfermería y los diagnósticos médicos que facilitan su comprensión y diferenciación.

Diagnóstico de Enfermería	Diagnóstico Médico
Describe una respuesta humana real o potencial ante un problema de salud	Describe una enfermedad o síntoma por alteración orgánica o funcional
Las respuestas humanas indican necesidad de cuidados enfermeros	Las manifestaciones clínicas indican necesidad de una atención médica
Puede variar a medida que se modifican las respuestas	Invariable durante el proceso de enfermedad
Hace referencia a la percepción que la persona tiene de su estado de salud	Referencia a las alteraciones fisiopatológicas del organismo
Pueden aplicarse a las alteraciones de individuos o grupos	Sólo es aplicable a las enfermedades de los individuos
Clasificación en proceso de desarrollo	Clasificación desarrollada

Elaboración propia, tomada de Grupo CTO (2016, p. 32).

Por tanto, las respuestas humanas de las que habla la persona Docente 4 son identificadas por la persona docente 2 con la expresión “principales necesidades detectadas”, las cuales son la base para identificar el estado de salud actual de la persona, grupo o comunidad, o sea, el diagnóstico (Wilkinson, 2012). Pero, además señala que la etapa diagnóstica permite “dirigir la intervención”, lo cual es un aporte que coincide con lo expresado por Alfaro cuando dice que la etapa diagnóstica “proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras con el fin de lograr los resultados de los cuales es responsable la enfermera” (Alfaro, 2014, p.98), por tanto, con esto se señala nuevamente la interconexión entre las etapas del Proceso de Enfermería.

Otro aspecto a destacar sobre las definiciones del Proceso de Enfermería es que Docente 1 utiliza las palabras “etiquetas diagnósticas” y luego los “diagnósticos completos”, lo cual hace necesario profundizar sobre los tipos de diagnósticos de enfermería y luego los componentes para comprender mejor su definición.

Actualmente los tipos de diagnósticos de enfermería son cuatro: diagnóstico de promoción de la salud, diagnóstico enfocado en el problema, diagnóstico de riesgo y diagnóstico de síndrome.

El diagnóstico de promoción de la salud es el juicio clínico sobre las motivaciones y deseos de una persona, grupo, familia o comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, este se manifiesta en su disposición para mejorar comportamientos de salud. Cuando exista el caso de una persona que no puede expresar su disposición, la persona profesional de enfermería puede determinarlo y actuar en nombre de ella. Para diagnosticar una respuesta humana como un diagnóstico enfocado en el problema debe estar presente: características definitorias (NANDA Internacional, 2021).

El diagnóstico enfocado en el problema es un juicio clínico con respecto a una respuesta humana indeseable a una condición de salud/proceso vital que existe en una persona, familia, grupo o comunidad. Para diagnosticar una respuesta humana como un diagnóstico enfocado en el problema debe estar presente: características definitorias y factores relacionados (NANDA Internacional, 2021).

El diagnóstico de riesgo es el juicio clínico sobre la susceptibilidad de una persona, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a las condiciones de salud/proceso vital (NANDA Internacional, 2021). Es decir, es probable que se desarrolle si la enfermera no interviene ya que ella buscará prevenir el problema mediante la reducción de los factores de riesgo o a través de la detección temprana del problema con el fin de atenuar sus consecuencias (Wilkinson, 2012). Para identificar un diagnóstico de riesgo debe estar presente: factor de riesgo (NANDA Internacional, 2021).

El diagnóstico de síndrome un juicio clínico asociado con un grupo específico de diagnósticos de enfermería que ocurren juntos, por lo que al ser abordados de manera conjunta mediante intervenciones similares dan mejores resultados. Para generar un diagnóstico de este tipo, debe estar presente: características definitorias que deben ser

dos o más diagnósticos enfermeros y factores relacionados (NANDA Internacional, 2021).

Al respecto la persona Docente 4 cuestiona cómo es que son comprendidos los tipos de diagnóstico por estudiantes y docentes, ella expresa:

“[...] y el diagnóstico me lleva otra vez a un repaso, a ¿cómo se fórmula un diagnóstico real?, ¿cómo?, ¿si existen diagnósticos potenciales?, sí hay diagnósticos potenciales porque yo tengo una información que no he validado entonces puedo pensar que eso es un diagnóstico que puedo considerar, pero no es real, está en una nube, lo pongo en un cuadrito, verdad, porque todavía me hace falta indagar más. ¿Cómo se nombra un diagnóstico de riesgo y un diagnóstico de disposición para mejorar?, ¡digamos!, esos son aspectos sumamente importantes, por ejemplo, ¿por qué me tengo que ir a un diagnóstico de disposición para mejorar?, ¿qué es de promoción? y ¿qué diferencia hay con diagnóstico real?”
(Docente 4).

Por tanto, para determinar el tipo de diagnóstico de enfermería, primero se debe haber completado la valoración para poder tener datos claros y completos, y así poder hacer la interpretación de los mismos, determinando cómo son gestionadas las necesidades de cuidado por parte de la persona, grupo o comunidad, aplicando su juicio clínico y generando una conclusión diagnóstica. Para ello, la figura 10 representa gráficamente cómo hacerlo.

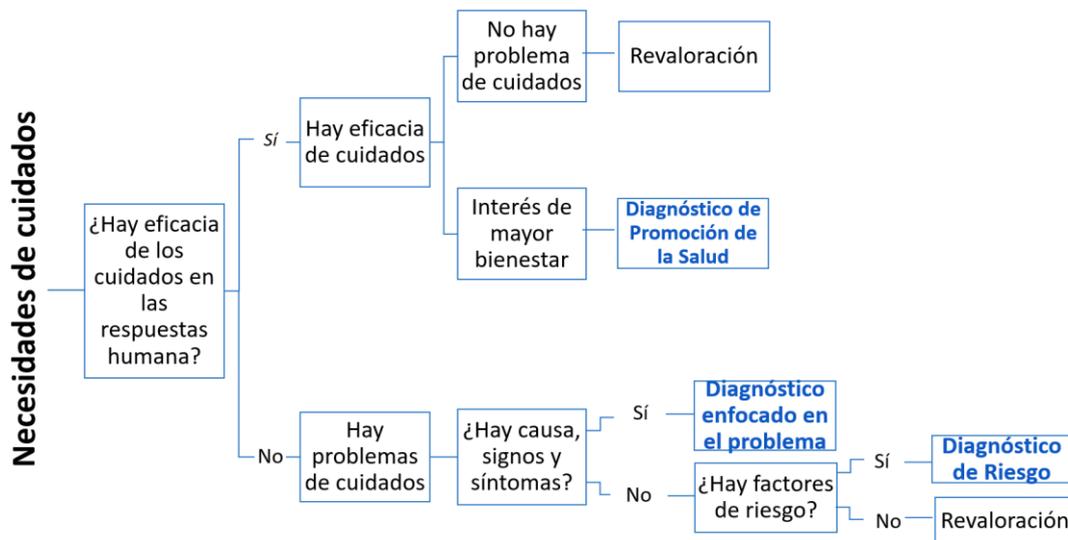


Figura 10. Los tipos de diagnósticos de enfermería según las necesidades de cuidado, elaboración propia basado en Rubio, 2016, p. 37 y NANDA Internacional, 2019.

Es decir, la persona profesional de enfermería, busca identificar las necesidades de cuidado a partir de las respuestas humanas, si la persona, grupo o comunidad ha tenido respuestas eficientes a sus procesos vitales, entonces se encuentra frente a dos panoramas, el primero que no existe un problema de cuidado por lo que es preciso revalorar cuando sea pertinente; o el segundo, se ha identificado un interés hacia un creciente bienestar por lo que se puede determinar un diagnóstico de promoción y con ello desarrollar las intervenciones para potenciar dicha área. Pero, si las respuestas han sido ineficientes a sus procesos vitales, entonces es necesario completar los cuatro niveles de la interpretación de datos (ver tabla 6) para así determinar si existe un diagnóstico enfocado en el problema (cuando hay signos y síntomas presentes, es decir, características definitorias y factores relaciones) o un diagnóstico de riesgo (cuando solo se determinan factores de riesgo).

Al seguir con el proceso de razonamiento diagnóstico, el segundo paso es la verificación de diagnósticos, en otras palabras, después de identificar el estado de salud de la persona se debe verificar sus conclusiones con ella, esto permite tener diagnósticos de enfermería lo más precisos posible. En caso de no contar con la persona se puede

realizar la verificación con otras personas claves (Wilkinson, 2012). Un comentario que refleja este paso lo dio la persona Docente 1 así

“Luego una vez que tengo los diagnósticos con su debida priorización y validada con la persona, este, se procedería a que es la planificación de todas las actividades que se van a hacer” (Docente 1).

Por otra parte, al completar el proceso de razonamiento con el paso 3: etiquetar y registrar, es importante tener claros los aspectos que pueden conformar un diagnóstico de enfermería: la etiqueta diagnóstica, la definición, las características definitorias, los factores de riesgo, los factores relacionados, las poblaciones en riesgo y las condiciones asociadas, estos según el tipo de diagnóstico como ya se aclaró.

Los componentes han sido definidos a través de los lenguajes enfermeros estandarizados con los cuales se “promueve la documentación de los registros de atención sanitaria a los pacientes, mejora la continuidad de los cuidados y elabora el cuerpo central del conocimiento enfermero” (Donizetti, Nazário, Wopereis, Aurélio & Oliveira, 2019, p.5). Es por ello que su uso se ha ido consolidando y la mayoría de publicaciones recientes están centradas en la Clasificación de Diagnósticos Enfermeros de NANDA International (NANDA-I), la Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC) y la Clasificación de Resultados Enfermeros (NOC) (Donizetti, Nazário, Wopereis, Aurélio & Oliveira, 2019). Estos se representan como NNN (Rios, *et al.*, 2020).

Retomando, la Clasificación de Diagnósticos Enfermeros (NANDA-I) se estructura en dominios, clases y diagnósticos de enfermería (ya definidos). Los dominios son “una esfera de conocimiento, estudio o interés” (Grupo CTO, 2016, p. 34) y la clase es “una subdivisión más específica de los dominios (Grupo CTO, 2016, p. 34). En total son 13 dominios y cada uno tiene entre dos a seis clases. Cada diagnóstico de enfermería está compuesto por un código de 5 dígitos según lo establece la National Library of Medicine (NLM).

La etiqueta diagnóstica o título o nombre, es una palabra o frase concisa que describe la salud de la persona, grupo o comunidad. Las etiquetas se pueden utilizar como problema o como etiología en una declaración de diagnóstico (Wilkinson, 2012).

La definición como su nombre lo indica, expresa de forma clara y precisa la naturaleza esencial de la etiqueta de diagnóstico, esto permite diferenciar cada etiqueta (Wilkinson, 2012).

Las características definitorias son los datos subjetivos y objetivos que evidencian la presencia de la etiqueta de diagnóstica en la persona, grupo o comunidad. Por tanto, para los diagnósticos enfocados en problemas, las características definitorias son los signos y síntomas; para los diagnósticos de riesgo, son factores de riesgo. Es importante considerar que, la presencia de dos o tres confirma un diagnóstico, o sea, no es preciso que estén presentes todas las características definitorias que están enlistadas para ese diagnóstico para determinar que sí es un diagnóstico (Wilkinson, 2012).

Los factores de riesgo y los factores relacionados son las condiciones o situaciones que están asociadas con el problema de alguna manera; es decir, son condiciones que preceden, influyen, causan o contribuyen con el problema. Estos pueden ser biológicos, psicológicos, sociales, del desarrollo, relacionados con el tratamiento, situacionales, entre otros. Por supuesto, cada diagnóstico de enfermería tiene una lista de factores relacionados que con mayor frecuencia se presentan, pero no es lista absoluta. Estos pueden verse como etiologías de una declaración de diagnóstico. En el caso de los factores de riesgo (asociados a los diagnósticos de riesgo) son similares a las características definitorias porque son las señales que deben estar presentes para realizar el diagnóstico y casi siempre son, al menos, una parte de la etiología de la declaración de diagnóstico de riesgo (Wilkinson, 2012).

Los componentes más recientes son población en riesgo y condición asociada, estos fueron incluidos en el 2019 por la NANDA Internacional para recategorizar algunos factores relacionados y factores de riesgo. Se entiende poblaciones en riesgo como aquellos grupos de personas que comparten una característica que hace que cada

miembro sea susceptible a una respuesta humana en particular, como datos demográficos, antecedentes familiares y de salud, etapas de crecimiento y desarrollo o exposición a ciertos eventos o experiencias (NANDA Internacional, 2019). Y las condiciones asociadas son diagnósticos médicos, lesiones, procedimientos, dispositivos médicos o agentes farmacológicos, los cuales son condiciones no modificables de forma independiente para la persona profesional de enfermería, pero son importantes pues pueden respaldar la precisión del diagnóstico enfermero. Ambos no son modificables por intervenciones enfermeras independientes (NANDA Internacional, 2021).

Dentro del paso 3: etiquetar y registrar, del proceso de razonamiento diagnóstico, se destaca la necesidad de priorizar los diagnósticos de enfermería. Este es un aspecto que las cuatro personas docentes plantean cuando definen la etapa diagnóstica. Con ello, se debe identificar cuál o cuáles son las que se deben atender primero.

El tema de la priorización de diagnósticos de enfermería surge reiteradas veces a lo largo de las entrevistas con otras expresiones como, por ejemplo:

“Entonces cuando tengo este listado [etiquetas diagnósticas], se pasa a lo que es la priorización para ver cuál es el, cuál de todos estos diagnósticos es el más importante de trabajar con esta persona, el más urgente o el más importante” (Docente 1).

“[] ahí vemos cuál va a ser el diagnóstico prioritario lógico [...] entonces nos enfocamos en algún diagnóstico principal que a la larga sus características definitorias nos ayuden a aplicar, o no más bien nos ayude a trabajar algunos otros aspectos [...] llegar con los estudiantes y hacer todo ese análisis de que vamos a trabajar, de todo esto que encontramos, uno hace una lista hasta de diez diagnósticos, bueno cuál realmente nos une todo, cuál nos amarra todo” (Docente 2).

“[...], esa priorización, ese análisis que se tiene que dar para llegar al diagnóstico principal es lo más importante, una de las etapas más importantes” (Docente 3).

“[...] ese diagnóstico que estamos identificando ¿es realmente el principal?, porque, ¿cómo es que estamos priorizando?” (Docente 4).

Cómo bien lo señala el último comentario citado, resulta más importante aún, revisar ¿cuáles son los fundamentos o recursos que utilizan para la priorización? Ahí encontramos como elemento coincidente lo que las personas docentes llaman: modelo AREA o red de razonamiento, red de razonamiento lógico, red cognitiva o mapa AREA. Pero también señalan el uso de las teorías de enfermería y la Pirámide de necesidades de Maslow. Las personas docentes comentan:

“Y para esto se puede utilizar la estrategia del modelo AREA, verdad, que se está usando ahora, se está popularizando bastante, donde se establece, se hace una especie de red cognitiva donde, eee, se pueden ver los problemas asociados, los factores asociados, o sino con las etiquetas diagnósticas, dependiendo del modelo que se utilice, el autor que se utilice, entonces, tal vez, lo que se dice es que, lo que más se señale, es lo más urgente de abordar” (Docente 1).

“[...] lo hacemos por medio del mapa AREA o la red de razonamiento lógico” (Docente 2).

“Yo personalmente tengo otras preferencias, yo prefiero, yo prefiero si lo voy a trabajar desde una teoría específica, trabajarlo desde ahí, ya por ejemplo, Orem nos dice cómo debemos ir ordenando esas necesidad, esos déficit de autocuidado, ¡verdad!, en el mismo orden que aparecen los requisitos universales; o sino también me gusta trabajarlo con Maslow, como vamos identificando las necesidades desde lo fisiológico hasta llegar a la autorrealización, entonces, sea cual sea el método que utilicemos para hacer la priorización de los diagnósticos, esta parte que sigue, es la priorización” (Docente 1).

Denotamos en los comentarios citados cómo se utilizan diversas expresiones: modelo AREA o red de razonamiento, red de razonamiento lógico, red cognitiva, mapa AREA,

haciendo referencia a un mismo aspecto, el Modelo AREA. Pero no queda claro y no definen ninguno de esos términos, por lo que impresiona que todos son sinónimos. Esto nos impulsa a analizar el tema para poder comprender lo dicho por las personas docentes.

El modelo AREA fue creado y desarrollado por Pesut y Herman en 1999 (Kuiper, O'Donnell, Pesut & Turrise, 2017) y ampliamente difundido en la V Jornadas de Trabajo de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE) en 2005 (Bellido, 2006).

El Modelo AREA o Modelo "Análisis del Resultado del Estado Actual" (AREA), en inglés The Outcome-Present State-Test Model (OPT Model), es definido como un modelo de procesamiento de información concurrente (Kuiper, O'Donnell, Pesut & Turrise, 2017) que está basado en la práctica reflexiva y le permite al profesional de enfermería, uno: determinar el problema prioritario para la situación clínica a partir de la historia clínica, dos: guiar en la elección del resultado deseado para la persona usando el NOC, y tres: seleccionar intervenciones de enfermería basadas en NIC; por lo que respalda el Proceso de Enfermería, ayuda a guiar la planificación de la atención para generar datos de enfermería precisos basados en la situación actual (Moorhead, 2018).

Este modelo busca posicionar el Proceso de Enfermería como proceso de tercera generación, ya que pone énfasis en la especificación de resultados a partir del estado actual del problema como producto del análisis y evaluación de los problemas de las personas. Con este se quiere comprender mejor la yuxtaposición entre un estado presente identificado y un estado de resultado deseado (Kuiper, O'Donnell, Pesut & Turrise, 2017).

En otras palabras, este modelo establece una estructura para el razonamiento clínico en la práctica enfermera y proporciona una estructura para el trabajo intelectual que incluye el análisis de los problemas, pero centrándolos en los resultados esperados (Bellido, 2006).

Para profundizar en la figura 11 se presenta gráficamente el Modelo según sus proponentes.

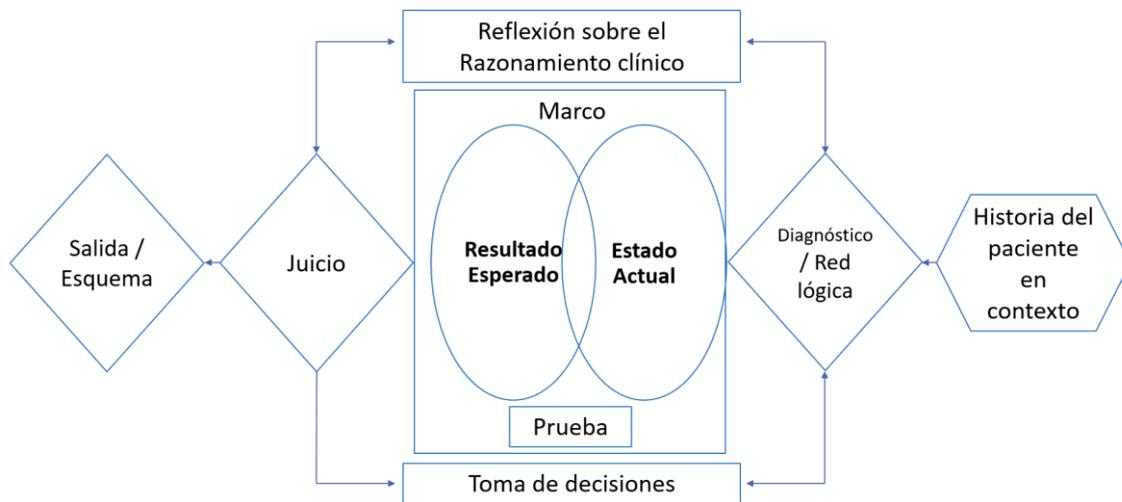


Figura 11. Modelo AREA del Razonamiento Clínico, basado en Kuiper, O'Donnell, Pesut & Turrise, 2017).

El modelo AREA es un modelo iterativo, recursivo y no lineal como bien se representa en la figura 11 a través de sus flechas. Este modelo lo que permite es que, a través de historia de la persona en un contexto dado, se analicen los diagnósticos NANDA usando la red lógica y a partir de ahí se identifique el estado actual y el estado esperado de la persona, ambos estarán permeados por el marco en el que el profesional esté posicionado y las pruebas o mediciones realizadas. Con todo eso se realiza una reflexión por medio del razonamiento clínico que conducen a la identificación de tema clave, se toman decisiones orientadas a la elección de las intervenciones o acciones de enfermería que buscan la transición del estado actual al resultado deseado, y se emiten juicios, es decir, se realiza un proceso de evaluación sobre el logro de resultados, lo cual puede redirigir una nueva reflexión, replantear lo ya establecido o impulsar la toma de otras nuevas decisiones (Kuiper, O'Donnell, Pesut & Turrise, 2017).

Al especificar estos componentes del modelo en la aplicación del Proceso de Enfermería podríamos traducirlo de la siguiente manera: después de la valoración completa, se analizan los diagnósticos NANDA presentes usando la red lógica para determinar el diagnóstico de enfermería principal (estado actual) y definir los NOC del diagnóstico

principal (estado esperado). Ambos estados estarán permeados por el marco o posicionamiento que tenga el profesional, pudiendo ser un modelo de enfermería (Bellido, 2006), pero también influyen los resultados de la aplicación de los indicadores NOC del diagnóstico principal. Todo esto se somete simultáneamente a los criterios de razonamientos clínico que implica pensamiento concurrente, creativo, crítico, sistémico y complejo (Kuiper, O'Donnell, Pesut & Turrise, 2017), se toman decisiones materializadas a través de los NIC, y también se emiten juicios sobre los resultados obtenidos y/o la necesidad de gestar cambios.

El modelo AREA presenta el término red lógica, el cual no se ha explicado en este análisis, este permitirá comprender si los términos usados por las personas docentes son sinónimos o no.

Para enriquecer lo anterior, Bellido (2006) nos aclara la red de razonamiento es una parte del Modelo AREA, es decir, es la red de pensamientos que surge del análisis de las relaciones que existen entre los diferentes diagnósticos y el elemento central (la persona). Por su parte, la red lógica o red lógica de razonamiento es la representación gráfica o dibujo que surge de la situación de la persona, esta red lógica vincula, une, conecta, crea nexos y enlaces entre la cuestión central (la persona) y el resto de los elementos (todos los diagnósticos de enfermería). Este dibujo representa las relaciones a través de líneas que en sus puntas tiene flechas, las cuales determinan la dirección de la relación. Por tanto, producto de la reflexión y el razonamiento clínico al establecer las relaciones, se determina el diagnóstico principal como aquel que tiene más flechas; en caso de tener varios con la misma cantidad de flecha se hace necesario enmarcar de nuevo la situación y explicar las relaciones otra vez, para tomar la decisión. Un ejemplo lo podemos ver en la figura 12, el cual solo pretende mostrar aspectos de forma y no de fondo, pues para ello se requeriría explicar los detalles del caso desarrollado en el capítulo 9 de Kuiper, O'Donnell, Pesut & Turrise (2017) y no es la intención en esta ocasión.

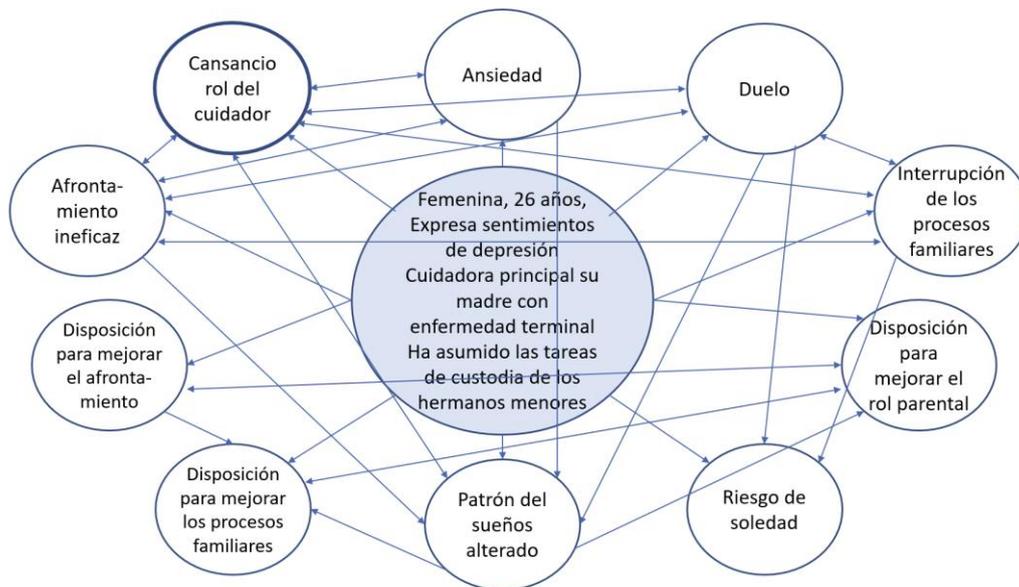


Figura 12. Ejemplo de la red de razonamiento lógico de un caso, basado en Kuiper, O'Donnell, Pesut & Turrise, 2017).

Según lo mostrado en la figura 12, se puede determinar que el diagnóstico principal para ese caso es Cansancio rol del cuidador, pues tiene el mayor número de flechas y al mismo tiempo es respaldado por el análisis realizado.

Es preciso aclarar que en el texto de Bellido (2006) se da la conceptualización antes descrita, pero en ocasiones impresiona que todos los términos son los mismos, pues en ocasiones también utiliza la expresión “red” en los mismos términos. En caso el caso de Pérez (2009) ella utiliza cuatro expresiones como equivalentes: red de razonamiento clínico, red de razonamiento, red lógica y red lógica de razonamiento, de las cuales define la primera como la representación de la situación de la persona mediante un dibujo. Para finalizar este aspecto, Kuiper, O'Donnell, Pesut & Turrise (2017) utilizan el término “Clinical Reasoning Web”, es decir, red de razonamiento clínico, coincidiendo con las características ya planteadas por los autores aludidos.

Lo anterior nos permite comprender que la diversidad de expresiones dadas por las personas docentes cuando hablan de la red de razonamiento clínico dentro de la priorización de diagnósticos de enfermería, pues pareciera que en la literatura también existe esa diversidad y los términos sí se han usado indistintamente.

No obstante, la red de razonamiento clínico resulta útil para determinar el diagnóstico de enfermería principal y es solo una parte del modelo AREA, el cual como se pudo mostrar anteriormente, su uso no puede ser contenido dentro de la etapa diagnóstica del Proceso de Enfermería sino más bien como lo que es, un modelo que permite la organización del pensamiento enfermero a lo largo de las etapas.

En contraste con la afirmación anterior, Rifà, Rodríguez, Pérez, Lamoglia y Costa (2019, p.33) aseguran que “el modelo OPT constituye un paso más en el proceso diagnóstico enfermero, ya que el juicio clínico se fundamenta en el razonamiento reflexivo y en los datos empíricos de las situaciones individuales, enfatizando con ello la naturaleza holística de los cuidados enfermeros”.

No se podría asegurar si las personas docentes tienen suficiente claridad sobre la aplicación del modelo AREA, pues no fue consultado con detalle, ni era objetivo de esta investigación, lo que sí se puede afirmar al comprender la complejidad del modelo AREA, es que, es incorrecto decir que éste es la estrategia o herramienta para priorizar los diagnósticos de enfermería o utilizarlo como sinónimo de red de razonamiento clínico.

Siguiendo con las otras maneras de priorizar los diagnósticos de enfermería descritas por los sujetos de investigación, se anotan la Pirámide de necesidades de Maslow y las teorías de enfermería.

Al respecto, Wilkinson (2012) explica que la jerarquía de necesidades humanas de Maslow también es un buen marco para priorizar los diagnósticos de enfermería y que son de alta prioridad las fisiológicas y dentro de ellas aquellas que remitan a la supervivencia y en segundo orden la que se dirigen a la estimulación.

En el caso de las teorías de enfermería, estas son comprendidas más como un marco de enfermería para organizar e interpretar datos que para priorizar los diagnósticos de enfermería (Wilkinson, 2012) (Kuiper, O'Donnell, Pesut & Turrise, 2017). La información recolectada de las personas docentes no permite hacer otras afirmaciones al respecto.

Otros dos métodos para realizar la priorización de diagnósticos de enfermería citados por Wilkinson (2012) son la preservación de la vida y la preferencia de la persona. Para el primero, el criterio está determinado por la cantidad de amenaza que representan para la vida de la persona, por lo que aquello que pone en peligro la vida es prioridad alta, lo que menaza directamente la vida es prioridad media y otras necesidades son de baja prioridad. Para el segundo, nos dice que hay que tener en cuenta la preferencia de la persona tanto como sea posible, ya que entre mayor importancia tenga para la persona, tiene mayor probabilidad de resolver positivamente la situación. Obviamente, para aplicar este método, primero debo considerar que la preferencia de la persona no interfiera con las necesidades de supervivencia o los tratamientos médicos.

En correspondencia con el método de priorización por la preferencia de la persona, la persona Docente 4 nos indica que las personas docentes deben ser cuidadosos orientando al estudiantado en su aplicación, y al mismo tiempo, expone su desacuerdo en darle toda la responsabilidad a la persona dejando de lado el criterio enfermero que debe estar presente. Comenta:

“Priorizamos y entonces les doy un discurso: “¿priorizamos porque la persona quiere éste, no sé, fortalecer el patrón 8, pero yo sé que tengo que empezar por el primero, como profesional? [...] porque parte de esa formación le hemos dicho: “sí, pero es que la persona decide”, ¡no, eso no es tan claro!, yo no voy a un profesional, el profesional decide por mí, no al contrario, me va a decir “mira tú lo que requieres a, b c y d, yo lo que decido es que de eso quiero, eso sí, pero yo presento el plan. Esa parte está haciendo falta en ir y decirle al estudiante ¿dónde es que yo como persona usuaria decido? ¡verdad! Este... el punto es “yo socializo el plan profesional con la persona y voy diciendo, le voy presentando mi plan porque para eso estamos ahí”, verdad, “somos especialistas en cuidados”” (Docente 4).

Junto a su posición crítica, podemos denotar que ella considera la priorización durante la fase de planificación, al respecto Wilkinson (2012, p.192) señala que “la priorización a veces se considera parte de la fase de planificación del Proceso de Enfermería, pero si

los diagnósticos deben registrarse en orden de prioridad, la priorización debe ocurrir en la fase de diagnóstico.

A modo de cierre, es preciso resaltar la importancia de los diagnósticos de enfermería, usando las palabras de Wilkinson (2012):

Los diagnósticos de enfermería facilitan la atención individualizada [...] promueven la responsabilidad profesional y la autonomía al definir y describir el área independiente de la práctica de enfermería [...] proporcionan un vehículo eficaz para la comunicación entre enfermeras y otros profesionales de la salud [...] ayudan a determinar los parámetros de evaluación. (Wilkinson, 2012, p. 122)

4.1.2.3 Etapa de Planificación o Planeación

La tercera etapa está dirigida al desarrollo de estrategias para evitar, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería (Caballero, Becerra y Hullin, 2010). Es decir, en esta etapa el profesional de enfermería junto a la persona y su familia, planifica resultados e intervenciones basadas en los diagnósticos de enfermería y son registrados en el plan de cuidado integral (Wilkinson, 2012).

Al respecto les consultamos a las personas docentes sobre cómo podrían definir de manera concreta esta etapa, a lo que respondieron:

“Etapa de planeación, es el proceso organizativo, administrativo, donde yo establezco las diferentes acciones según las intervenciones en el tiempo, programadas en el tiempo” (Docente 1).

“La etapa de planeación yo creo que es muy importante para enfermería porque es la etapa entonces donde como la palabra lo dice planeamos u organizamos

todas las intervenciones que vamos a realizar ya sea de manera individual o manera comunitaria, o colectiva” (Docente 2).

“Y ya en tercer lugar tenemos la planeación, básicamente la búsqueda de estrategias o acciones que hacen que yo, que yo, mejore o ayude o cuide a esa persona con la que comencé a trabajar, con la que ya tengo un diagnóstico, que ya sé cuál es su problema, que tengo planeado un objetivo para tratar de remediarlo” (Docente 3).

“Y luego empiezo a realizar la etapa de planificación para realmente identificar entonces cuáles son las posibles intervenciones y las posibles evaluaciones a través de los NOC para poder así completar el proceso” (Docente 4).

Como se puede notar, todas las definiciones dadas guardan una misma idea, la etapa de planificación está asociada a las acciones o intervenciones que se realizarán. Para Wilkinson (2012, p. 237) “las intervenciones de enfermería también se denominan acciones, actividades, medidas y estrategias de enfermería”. Por tanto, estas definiciones reflejan bien una parte de lo que es realmente la etapa de planificación, es decir, lo que compete a la intervención.

No obstante, antes de establecer las intervenciones se debe considerar el establecimiento de criterios de resultado/objetivos, y posterior a las intervenciones, se debe registrar el plan de cuidados (Grupo CTO, 2016), (Caballero, Becerra y Hullin, 2010), esto se puede visualizar mejor en la figura 13 que muestra los pasos a seguir durante la tercera etapa del Proceso de Enfermería.



Figura 13. Los pasos a seguir durante la planificación, basado en Grupo CTO, 2016, p. 39 y Caballero, Becerra y Hullin, 2010, p. 210).

Cabe aclarar que más recientemente, se ha planteado a nivel internacional una separación en la etapa de planificación, es decir, una etapa de planificación de resultados y otra de planificación de intervenciones, dando como resultado un Proceso de Enfermería de 6 etapas (Wilkinson, 2012) y no 5 como es mayormente conocido. Ninguna de las personas docentes en cuestión hizo referencia a dicha separación, por tanto, el análisis descrito a continuación se da desde el enfoque tradicional.

Al seguir los pasos de la etapa de planificación, definiremos qué son los objetivos (mencionados por la persona docente 3), los resultados (referidos por la persona Docente 4), profundizaremos sobre las intervenciones y concluiremos con el plan de cuidados.

Mucha literatura usa los términos objetivo y resultado de manera intercambiable. Pero en realidad estos tienen sus propias características.

Los objetivos “expresan el fin que se intenta alcanzar” (Alfaro, 2014, p.133). También, muestra lo que será capaz de hacer o lograr la persona. Estos se desprenden del diagnóstico de enfermería pues es ahí donde se refleja la respuesta humana que se pretende modificar (Caballero, Becerra y Hullin, 2010).

La persona Docente 1 nos comenta “primero se hace..., se establecen los objetivos que se quieren alcanzar por cada diagnóstico” (Docente 1). Con ello evidencia que

contempla este aspecto dentro de esta etapa, pero ni esta persona docente ni ninguna otra, describe ninguna característica específica que permita un mayor análisis.

Por tanto, es preciso reconocer que los objetivos deben estar formulados conteniendo un sujeto (la persona), un verbo (que se pueda medir), un criterio de desempeño (cómo va a realizar la acción) y un tiempo (cuándo se espera que lo realice); algunos requerirán agregar condición especial (en qué circunstancias) (Alfaro, 2014; Grupo CTO, 2016; Wilkinson, 2012). Un ejemplo: la persona caminará hasta el final del pasillo, tres veces al día usando una andadera (Wilkinson, 2012).

En este paso, siempre es importante tomar en cuenta la opinión de la persona, ya que estos son factores de motivación que determinan el logro del objetivo establecido.

Cuando se habla de resultado es principalmente asociado al uso de los lenguajes enfermeros estandarizados, en este caso, la Clasificación de Resultados de Enfermería conocido como NOC por sus siglas en inglés (Nursing Outcomes Classification-NOC).

La NOC es usada tanto en la etapa de planificación como en la etapa de evaluación (Grupo CTO, 2016). Actualmente está disponible la sexta edición (2018), la cual enlista 540 resultados, ya que en dicha actualización se incorporaron 52 nuevos resultados y se eliminaron 2. Esta clasificación tiene tres niveles de organización: dominios, clases y resultados. Cada resultado tiene una etiqueta (nombre del resultado), una definición, una lista de indicadores y las escalas de medición. Todo resultado tiene un código de 4 dígitos.

Un resultado es “un estado, comportamiento o percepción individual, familiar o comunitario, que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a las intervenciones de enfermería” (Wilkinson, 2012, citando a Moorhead *et al.*, 2008, p. 30).

La etiqueta de resultado o el resultado es el nombre estandarizado de una a tres palabras (p. Ej., Afrontamiento, nivel de movilidad, conocimiento: dieta), el cual está redactado como un estado neutral permitiendo la identificación de cambios positivos,

negativos o ningún cambio. Todas las etiquetas de resultado tienen su definición con el fin de saber comprender y analizar cada uno. Los indicadores son entendidos como comportamientos y estados concretos y observables que se pueden utilizar para evaluar el estado de la persona, son seleccionados según corresponda a cada caso por el criterio de enfermero. Cada indicador tiene una escala de medición (tipo Likert) de cinco puntos que evalúa el estado de la persona (Wilkinson, 2012).

Un ejemplo de la planificación de enfermería usando la NOC, tomado de la NNNConsult (2021) se puede observar en la figura 14:

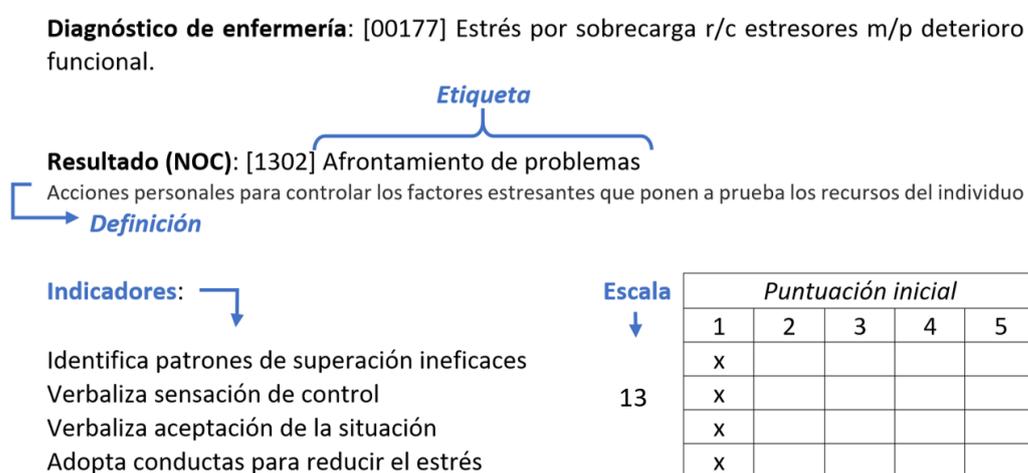


Figura 14. Ejemplo de la planificación de enfermería usando la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), tomado de la NNNConsult (2021).

Para ampliar sobre las escalas de medición, la figura 15 muestra las 13 escalas existentes y su debida codificación, según la NOC. Es preciso aclarar que en la segunda edición de la NOC se utilizaban letras del alfabeto para codificar cada escala de medición, pero desde la tercera edición se cambió a números. Debido a las actualizaciones se han eliminado algunas escalas y estas no se han utilizado en las nuevas recodificaciones (Moorhead, Johnson, Maas y Swanso, 2018).

Escalas de medición y definición según la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)

01 Definición: grado de deterioro de la salud o el bienestar				
Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
02 Definición: grado de desviación de una norma o estándar establecido				
Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal
06 Definición: grado de suficiencia en cantidad o calidad para conseguir un estado deseado				
Inadecuado	Ligeramente adecuado	Moderadamente adecuado	Sustancialmente adecuado	Completamente adecuado
07 Definición: número de presentaciones				
Mayor de 10	7-9	4-6	1-3	Ninguno
09 Definición: rango sobre el que se extiende una entidad				
Ninguno	Escaso	Moderado	Sustancial	Extenso
11 Definición: frecuencia de una percepción o característica afirmativas o de aceptación				
Nunca positivo	Raramente positivo	A veces positivo	Frecuentemente positivo	Siempre positivo
12 Definición: grado de intensidad				
Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy intenso
13 Definición: frecuencia de aclarar por informe o conducta				
Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
14 Definición: grado de un estado o respuesta negativo o adverso				
Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
17 Definición: grado de proximidad a un estado deseado				
Escasa	Justa	Buena	Muy buena	Excelente
18 Definición: grado de percepción de expectativas positivas				
No del todo satisfecho	Algo satisfecho	Moderadamente satisfecho	Muy satisfecho	Completamente satisfecho
19 Definición: frecuencia de aclarar por informe o conducta				
Siempre demostrado	Frecuentemente demostrado	A veces demostrado	Raramente demostrado	Nunca demostrado
20 Definición: grado de información cognitiva que se comprende				
Ningún conocimiento	Conocimiento escaso	Conocimiento moderado	Conocimiento sustancial	Conocimiento extenso

Figura 15. Escalas de medición y definición según la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), basado en Moorhear, Johnson, Maas y Swanso, 2019.

Al remirar el uso de los lenguajes enfermeros estandarizados, es decir, los resultados de la NOC con la etapa de planificación, ningún docente establece una relaciona explícita, es decir, no hay ningún comentario que lo evidencie. En contraste se mencionan los resultados de la NOC dentro del contexto de la etapa de Evaluación y es evidenciado en

el comentario “y las posibles evaluaciones a través de los NOC para poder así completar el proceso” (Docente 4).

Llama la atención que los resultados de la NOC no es un tema profundizado ni explicado por las personas docentes, lo cual no permite determinar cómo son seleccionados los resultados de la NOC y a qué responden, ni ninguna otra característica. Es posible que esto se deba al relativo poco tiempo que ha transcurrido desde la instauración de tercera generación del Proceso de Enfermería hasta la actualidad, ya que, es después de 1990 que la enfermería pone su énfasis en los resultados con el fin de desarrollar conocimientos propios y asegurar la evolución de estándares de cuidados, entre otros aportes (González y Monroy, 2016). Es decir, este tipo de conocimiento es reciente y pueda que todavía no esté suficientemente consolidado en el colectivo enfermero ni en las personas docentes universitarios. Además, al no considerarse la planificación de los resultados como una etapa separada de la planificación de intervenciones, es posible que todavía no exista la debida claridad de cómo ponerla en marcha y por eso no se destaque en los comentarios asociados a esta parte del Proceso de Enfermería.

Los resultados de la NOC están íntimamente relacionados con los diagnósticos de enfermería y con las intervenciones, es decir, existe interrelaciones entre las tres clasificaciones.

Para Johnson *et al.*, (2007, p.13) la interrelación puede definirse como “aquello que dirige una relación o asociación de conceptos”, es decir, cómo se relacionan los diagnósticos de enfermería con los resultados NOC, los diagnósticos de enfermería con las intervenciones NIC, y los resultados NOC con las intervenciones NIC. Una explicación más clara la desarrollan los autores cuando dicen:

Las interrelaciones entre los diagnósticos NANDA y los resultados NOC indican las relaciones entre el problema o estado actual del paciente y los aspectos del problema o estado que se espera resolver o mejorar mediante una o más intervenciones. Las relaciones entre los diagnósticos NANDA y las intervenciones NIC indican la asociación entre el problema del paciente y las

acciones enfermeras que resolverán o disminuirán el problema. Las relaciones entre los resultados NOC y las intervenciones NIC indican una asociación parecida a la que existe entre la resolución de un problema y las acciones enfermeras dirigidas a la resolución de un problema, es decir, el resultado sobre el que se espera que influya una intervención. (Johnson *et al.*, 2007, p.13-14)

Estas interrelaciones entre los tres lenguajes enfermeros estandarizados (NANDA-NOC-NIC) parten de un trabajo detallado de investigación y de revisión de expertos, del cual surgen las tablas de interrelaciones, es decir, para cada diagnóstico se proporcionan los resultados NOC sugeridos con las intervenciones NIC asociadas (Johnson *et al.*, 2007).

Por tanto, es posible afirmar que los resultados de la NOC están organizados a partir de las interrelaciones establecidas, lo cual permite distinguir: los resultados para medir la resolución del diagnóstico, los resultados adicionales para medir las características definitorias, los resultados asociados con los factores relacionados o resultados intermedios, los resultados asociados con los factores de riesgo y los resultados para medir las características definitorias.

Como se puede observar, esa organización está determinada por las características de cada diagnóstico, es decir, para un diagnóstico de promoción de la salud se describirán solo los resultados para medir las características definitorias, pues este tipo de diagnóstico está determinado solo por las características definitorias.

Por tanto, para determinar cómo seleccionar los resultados para un diagnóstico de enfermería usando los lenguajes enfermeros estandarizados, Moorhead, Johnson, Maas y Swanson (2018) sugieren considerar no solo el tipo de problema o el diagnóstico de enfermería que se está trabajando, sino también las características de la persona, los recursos disponibles, las preferencias y el tratamiento potencial. Al respecto, las personas docentes no hacen ningún comentario.

A manera general, esas autoras explican que, lo primero es considerar el tipo de diagnóstico de enfermería, leer y analizar la definición del diagnóstico, las características

Lo primero que se puede observar en la figura 16 es el tipo de diagnóstico de enfermería, un diagnóstico enfocado en problemas, por lo que tiene características definitorias y factores relacionados; de ahí que las interrelaciones señalan los resultados según estos componentes (los resultados para medir la resolución del diagnóstico, los resultados adicionales para medir las características definitorias, los resultados asociados con los factores relacionados o resultados intermedios). Dichos componentes ya muestran un criterio para ayudar en la elección de los resultados de la NOC.

Las estrellas azules muestran que el resultado [0004] *Sueño*, es necesario considerarlo de primera mano, pues al leer la definición, refleja el parámetro de medición que podrá determinar si se modificó o resolvió directamente el diagnóstico de enfermería, esencia de la labor enfermera. En este caso las interrelaciones NNN solo plantean ese resultado (es único) para resolver este diagnóstico, otros asocian más de uno, por lo que el análisis detallado determinará cuál o cuáles son necesarios de considerar.

Las estrellas verdes reflejan resultados adicionales que pueden ser considerados si el resultado para medir la resolución del diagnóstico ya fue trabajado o por alguna razón no es prioridad en ese momento, en este caso se podría trabajar con el [0007] *Nivel de fatiga* para medir la característica definitoria (sensación de no haber descansado). Al leer y analizar los otros resultados adicionales para medir las características definitorias que se proponen en la lista de interrelación, se logra determinar que ningún otro aplica.

Las estrellas moradas muestran una elección pertinente para medir resultados intermedios o asociado a los factores relacionados, es decir, el resultado [2009] *Estado de comodidad: entorno* contiene los indicadores que me permitirán medir cambios en las barreras ambientales (el factor relacionado).

Casi resulta evidente mencionar que el resultado [2203] *Alteración del estilo de vida del cuidador principal* es automáticamente discriminado al saber que la persona en cuestión no tiene el rol de cuidador principal; o que sería inútil elegir el indicador [200902] *Temperatura ambiental* para el resultado [2009] *Estado de comodidad: entorno* si la persona no cuenta con los recursos económicos para operacionalizar acciones

concretas. En fin, cada elección debe estar basada en el pensamiento crítico, considerando el conjunto de variables más pertinentes a la realidad analizada.

Como se puede ver en el ejemplo de la figura 16, la elección de los resultados planteados por la NOC no es un proceso simple, ya que siempre hay mucha información que considerar en la toma de estas decisiones. Este nivel de complejidad puede ser uno de los factores que sostienen la preocupación expuesta por una persona docente al hablar de los resultados de la NOC:

“[...] ahí hay un arroz con mango, entonces por eso el NOC, todavía no podríamos decir mucho del NOC, porque yo sé que todavía estamos pegadillos ahí, en la parte interna” (Docente 4).

Con esto, se deja entre ver que, podría haber un aspecto de mejora en las personas docentes, por lo que resulta necesario que se considere y analice más detalladamente en otro contexto, pues desde esta investigación existen limitaciones por la falta de detalles en este tema.

Por otra parte, cuando se analizan los objetivos y/o los resultados de la NOC dentro de la planificación de enfermería, Wilkinson (2012) hace la siguiente aclaración: si se utiliza el sistema de la NOC, no es necesario indicar objetivos; ya que los primeros califican el estado de la persona, pues con cada indicador se califica numéricamente (antes y después de las intervenciones), permitiendo identificar cuánto se modificó o no el estado, comportamiento o percepción que se trabajó, por tanto, los segundos salen sobrando.

Esa aclaración invita a plantear algunas interrogantes: ¿en el curso EE-0512 se estarán planteando objetivos y/o resultados de la NOC? ¿qué pasó con el planteamiento de objetivos, al incluirse el uso de resultados de la NOC en el curso EE-0512? ¿existe claridad de cómo y por qué utilizar los resultados de la NOC o los objetivos en la etapa de planificación? entre otras. Estas solo son un ligero intento para enmarcar posibles áreas de interés para investigaciones asociadas al tema.

Para continuar con el segundo paso de la planificación, retomamos las intervenciones de enfermería. Estas son “cualquier acción basada en el juicio clínico y el conocimiento de enfermería que realiza una enfermera para lograr los resultados del paciente (Wilkinson, 2012, p. 237). Como bien lo señalan los cuatro docentes sujetos de investigación, a través de los verbos utilizados en sus definiciones, las intervenciones hay que establecerlas, planearlas o buscarlas.

Se podría decir que la manera en cómo realiza cada profesional de enfermería su labor es lo que resulta importante. Por tanto, la generación y selección de las intervenciones de enfermería responden al análisis de diversos factores. Primero hay que revisar el diagnóstico de enfermería para el que se están determinando las intervenciones, ya que éstas responden al problema (etiqueta diagnóstica) y a la etiología (factores relacionados), en caso de que estos no sean modificables, se pueden considerar los signos y síntomas (las características definitorias). También, las intervenciones siempre deben ser coherentes con el objetivo planteado o los resultados esperados, ya que estos sirven de guía para no perder de vista la priorización y las decisiones establecidas junto a la persona sujeta de cuidado. Se debe tomar en cuenta las habilidades y preferencias de la persona, además de sus recursos y los del profesional, y, por último, no se pueden dejar de considerar las políticas y normas vigentes en caso de estar contextualizados en una institución (Wilkinson, 2012).

La redacción de las intervenciones de enfermería se caracteriza por tener un verbo que explica la acción a realizar; un contenido que describe el dónde y el qué; y una temporalidad que señala la frecuencia (Caballero, Becerra y Hullin, 2010). Siguiendo estos principios, un ejemplo sería: observar al bebé al pecho para un efectivo acople, succión y trago (Wilkinson, 2012).

Para determinar las intervenciones de enfermería también se puede utilizar el lenguaje enfermero estandarizado, es decir, la Clasificación de Intervenciones de Enfermería, conocida como NIC por sus siglas en inglés (Nursing Interventions Classification- NIC). Actualmente se dispone de séptima edición de la NIC (2018), esta presenta 565

intervenciones, pues al actualizarla se incorporaron 15 nuevas intervenciones y se eliminaron 4. Esta clasificación tiene tres niveles de organización: campos, clases e intervenciones. Cada intervención tiene una etiqueta (el nombre de la intervención), una definición, una lista de actividades. También cada intervención tiene un código de 4 dígitos.

Las clasificaciones de la NANDA y la NOC están centradas en la persona, pero la NIC tiene como centro de interés la conducta enfermera, es decir, todo aquello que los profesionales de enfermería hacen para acompañar a la persona hacia los resultados deseados (Johnson *et al.*, 2007).

Según esta clasificación, las intervenciones son “el modo de actuación para tratar el diagnóstico identificado” (Grupo CTO, 2016, p. 42), mientras que las actividades “se define como el conjunto de operaciones o tareas” (Grupo CTO, 2016, p. 42) o “acciones más específicas que puede realizar una enfermera al realizar una intervención” (Wilkinson, 2012, p.251).

Como la NIC trae gran cantidad de actividades por intervención, es necesario señalar que no son necesarias incluirlas todas para una misma persona, al contrario, se debe elegir con cuidado las más apropiadas y solo aquellas que se ajustan mejor a las necesidades individuales y los recursos disponibles (Wilkinson 2012).

Al respecto las personas docentes no comentan en detalle cómo es que se determinan o se seleccionan las intervenciones durante la planificación, solo afirman que utilizan la NIC para ello. Una de las personas docentes aporta:

“[...] gracias a la taxonomía ¿verdad? de NANDA, NIC y NOC, que tenemos en el módulo, con la que trabajamos, que ya está estipulado también..., entonces, ya ellos [el estudiantado] basan su plan de enfermería en base a estos NIC que vamos a encontrar y según lo que detectamos en el diagnóstico principal” (Docente 2).

Por su parte, otra de las personas docentes expresa que existe un desconocimiento sobre cómo seleccionar las intervenciones y a qué responden, lo hace de esta manera:

“Y luego, este, ya vendría la parte de los NIC [...], entonces ¿cómo esto?, ¿esas intervenciones, a qué responde?, van a responder a esta parte del diagnóstico, a las características definitorias. Eso yo debería hacerlo antes, o llegar y decir “estás intervenciones van a responder a este factor relacionado, a ese..., pero ¿por qué razón? [...], pero no sabemos realmente dónde va cada cosa [...] Y la otra cuestión es que a veces se van de verdad al azar, a escoger las intervenciones, entonces ya no son las que responden al diagnóstico sino las sugeridas y ojalá la penúltima..., hay un desconocimiento, por eso, sí hay mucho, mucho que trabajar” (Docente 4).

Para comprender, lo que dice la persona Docente 4, es importante señalar dos aspectos, el primero es saber aplicar los principios que rigen cada etapa del Proceso de Enfermería, es decir, identificar el tipo de diagnóstico enfermero con el que se está trabajando, reconocer sus componentes, entre otros; y segundo, utilizar el lenguaje enfermero estandarizado de la NANDA, la NIC y la NOC según sus fundamentos y sus interrelaciones.

Por tanto, en las últimas líneas del comentario anterior (sobre la selección de las intervenciones realizado por la persona Docente 4), hace referencia a la priorización sugerida por las interrelaciones.

Al respecto Johnson *et al.*, (2007, p. 23) aseguran

Después de escoger el resultado, la enfermera puede utilizar las intervenciones sugeridas en el trabajo de interrelación como ayuda en la selección de una intervención (es) para el individuo o grupo. Las principales intervenciones son las que están estrechamente relacionadas con el diagnóstico y con el resultado y deberían considerarse en primer lugar. Si no se escoge la intervención principal, deberían considerarse las intervenciones sugeridas y, después las intervenciones opcionales”. (Johnson *et al.*, 2007, p. 23)

Las intervenciones de la NIC están ordenadas como bien lo apunta Johnson *et al.*, (2007) como: principal, sugeridas y/u opcionales. Estas tres tipificaciones aplican para todos los tipos de diagnósticos de enfermería, pero, además para los diagnósticos enfocados en problemas y de síndrome, hay una cuarta asociada al factor relacionado, y para los diagnósticos de riesgo hay unas intervenciones asociadas al factor de riesgo.

Continuando con el análisis al comentario de la persona Docente 4, pareciera que plantea que no hay claridad de cómo proceder en la selección de las intervenciones, si por el criterio profesional asociado al análisis de cada caso (*“responden al diagnóstico”* Docente 4) o por la priorización dada por las interrelaciones (*“las sugeridas”* (Docente 4)) o por una elección al azar, es decir, cualquiera de la lista (*“ojalá la penúltima”* (Docente 4)).

Con esto, los autores de las interrelaciones son claros al decir “es importante reconocer que las interrelaciones no pretenden ser determinantes ni sustituyen el juicio clínico profesional [...] pueden elegir otros resultados e intervenciones para un diagnóstico concreto para un paciente individual” (Johnson *et al.*, 2007, p. 13). Con esto, es indispensable recordar que, durante cada etapa del Proceso de Enfermería el profesional siempre debe aplicar el pensamiento crítico, el cual es ese proceso en donde, a través de una forma de pensamiento controlado y con un objetivo claro, utiliza estrategias bien razonadas para obtener los resultados requeridos, dando como resultado el juicio clínico (Alfaro, 2009).

Más bien, las interrelaciones son una oportunidad para que cada docente ayude a sus estudiantes a desarrollar las habilidades necesarias para la toma de decisiones clínicas (Johnson *et al.*, 2007). Para ello debe haber claridad en los conceptos y los principios que rigen la aplicación del Proceso de Enfermería y el uso de los lenguajes enfermeros estandarizados.

En la figura 17, se muestra un ejemplo de las interrelaciones entre un diagnóstico NANDA y el resultado NOC y las posibles intervenciones NIC, haciendo uso de la NNNConsult (2021).

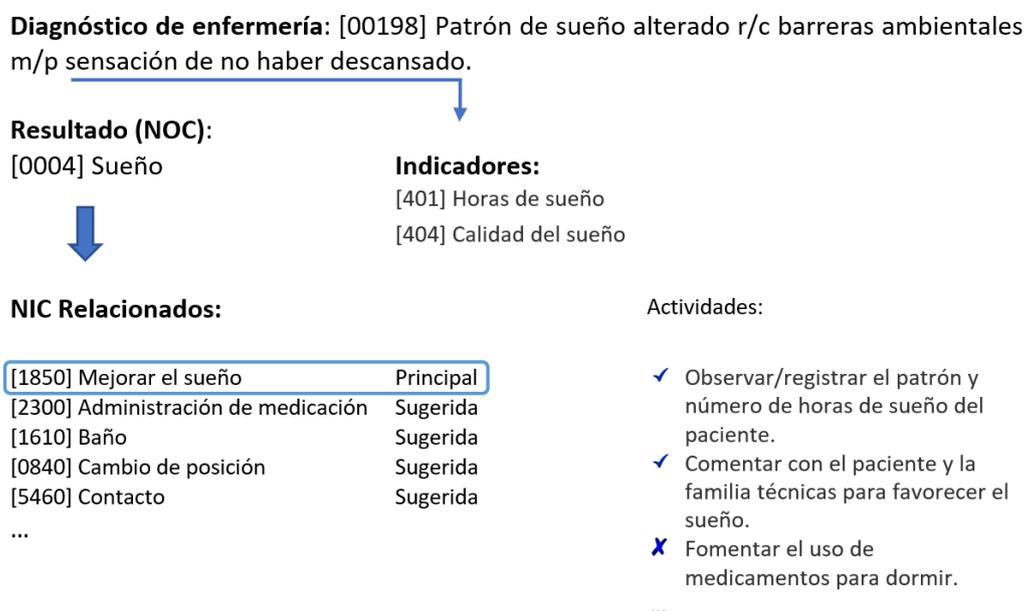


Figura 17. Ejemplo de la interrelación entre un diagnóstico NANDA y el resultado NOC y las posibles intervenciones NIC, elaboración propia usando la NNNConsult (2021).

Utilizando de base el ejemplo de la figura 16, para la 17 se incluye la interrelación con las intervenciones. Primero se observa la interrelación entre el diagnóstico NANDA ([00198] Patrón de sueño alterado r/c barreras ambientales m/p sensación de no haber descansado) con el resultado NOC ([0004] Sueño) y sus indicadores ([401] Horas de sueño y [404] Calidad del sueño, los cuales son correspondientes con la característica definitoria descrita).

Luego, al analizar las interrelaciones NOC con las intervenciones NIC se observa que para el resultado NOC ([0004] Sueño) hay gran cantidad de intervenciones NIC; no obstante, se ha seleccionado la [1850] Mejorar el sueño, esto debido, no solo porque es la señalada como principal, sino que, al analizar la definición y las actividades contenidas, responde a la realidad del caso.

De manera concreta, en la figura 17 se muestra la selección de dos actividades de la amplia lista disponible y al mismo tiempo se denota cómo la última actividad que se lee, no fue seleccionada porque no corresponde con los indicadores seleccionados, sino que impresiona asociación con el NIC [2300] *Administración de medicación*, el cual no es de relevancia al momento.

Por otra parte, y para concluir con los pasos de la etapa de planificación, se presentan algunos datos sobre el tercer paso: el registro del plan de cuidado. El plan de cuidados o plan de cuidado integral está compuesto por varios documentos diferentes que cubren todos los aspectos de la atención que necesita la persona (Wilkinson, 2012), por eso para Caballero, Becerra y Hullin (2010) es considerado un método de comunicación de la información importante de las personas receptoras de cuidados.

Esta combinación de documentos puede incluir diferentes cosas, una breve caracterización o perfil de las personas, las instrucciones para satisfacer las necesidades de atención básica, las responsabilidades de enfermería dentro de plan médico y el plan de cuidados para los diagnósticos de enfermería, etc. Existen diversas maneras de registro según el contexto, lugar, legislación, entre otros criterios. Actualmente la mayoría son computarizados (Wilkinson, 2012).

Con respecto a los registros realizados por el estudiantado entorno al cuidado que realizan en el curso EE-0512, las personas docentes hacen referencia a la plataforma informatizada llamada NNNConsult, apartado desarrollado en este documento al final del apartado de la etapa de valoración del Proceso de Enfermería, por lo que se sugiere retomarlo.

Lo que sí es necesario mostrar son los pocos aportes descritos por las personas docentes que están asociados al plan de cuidados y su registro, entre ellos:

“[...] ya ellos basan su plan de enfermería en base a estos Nic” (Docente 1).

“[...] yo presento el plan [...] el punto es, yo socializo el plan profesional con la persona [...]” (Docente 4).

“[...] para nosotros proceso era el plan [...] entonces lo que se hacía era un PAE” (Docente 3).

Estos comentarios solo hacen ligera alusión al tema, lo cual se puede considerar como otra posible área a profundizar en otros procesos investigativos, ya que la escasa información limita su análisis.

Otra de las personas docentes dice:

“[...]solo usábamos como una hojita...como la hojita que usamos en la U, donde viene el plan, donde venía el diagnóstico, objetivo, ese mismo cuadrito, todo lo trabajábamos en La Católica, [...] era parte de los documentos de enfermería que teníamos que tener siempre llenos” (Docente 2).

Ese comentario de la persona Docente 2 hace referencia, aunque inexacta, a que, en algún momento de su experiencia laboral, ella registraba el plan de cuidados bajo la estructura que la institución le solicitaba. Al respecto, Wilkinson (2012) menciona que al hablar del plan de cuidados para los diagnósticos de enfermería específicamente, los formularios varían, pero como mínimo deben contener tres columnas: diagnósticos de enfermería, resultados de las personas e intervenciones de enfermería y que algunos agregan una columna para evaluar las respuestas a las intervenciones de enfermería. Esto de algún modo se asocia al comentario recién presentado.

Dentro de los registros de la etapa de planificación, dos de las personas docentes hacen referencia a las matrices educativas realizadas para la organización de talleres, los cuales corresponden a parte de las intervenciones NIC planificadas. Lo expresan de esta manera:

“El proceso grupal, es toda una logística porque bueno se termina convirtiendo en un taller en ese momento. Es un taller donde los estudiantes tienen que preparar su matriz, eee...hacen una fundamentación, preparan una agenda, eee, y tiene que ir todo muy bien, ¿cómo lo vamos a manejar?, tienen que preparar materiales [...] y siempre dándole una respuesta que, si vamos a dar un taller de autocuidado, ¿por qué? ¿si realmente está respondiendo a un diagnóstico que escogimos, la mayor necesidad que encontramos o qué? ¿lo vamos a hacer por qué? ¡verdad! entonces siempre va a responder a eso” (Docente 2).

“Ah bueno, voy a hablar un poquito más de la planeación de las actividades de educación para la salud [...], ya se hace una matriz educativa donde tengo el objetivo educativo, donde tengo los contenidos que voy a abordar para alcanzar ese objetivo, [...] luego de esto las estrategias educativas que va a hacer los estudiantes: un conversatorio, un charla, qué sé yo [...], luego el tiempo que vamos a usar para desarrollar esta actividad medido en minutos [...], luego se establecen las estrategias para evaluar esa charlita” (Docente 1).

Otro aspecto al considerar el registro de los planes de cuidado es que la literatura habla de dos tipos, los primeros son aquellos planes estandarizados, preplanificados y preimpresos; y los segundos son los planes individualizados donde se adaptan a las necesidades únicas de cada persona (Wilkinson, 2012).

En el contexto de esta investigación, o sea, en el ámbito educativo de enfermería y por la realidad costarricense, se utilizan los planes de cuidado individualizados. Específicamente en el programa del curso EE-0512, se menciona como objetivo de aprendizaje “Desarrollar el Proceso de Enfermería en la atención integral de la persona mayor”. Por tanto, a través de los planes de cuidados se registra lo acontecido a lo largo de aplicación de las cinco etapas de Proceso de Enfermería para cada caso considerado (ya sea de una persona, familia, grupo o comunidad). Aquí se elige lo más adecuado al caso, se profundiza y se personaliza cada decisión clínica. Esto lo podemos reflejar en el siguiente comentario:

“Entonces este tipo de integración se logró gracias a eso, ¿verdad?, que los estudiantes se dieron a la tarea de profundizar más y hacer ese proceso también de forma individual con algunos usuarios? [...] en las 3 semanas que estamos ahí, tratamos que por lo menos que cada estudiante haga un proceso individual por semana” (Docente 2).

Una de las desventajas descritas sobre este tipo de planes es que su desarrollo y documentación exige mucho tiempo (Caballero, Becerra y Hullin, 2010). Al respecto la persona Docente 4 dice:

“Una de las cosas que a veces pasa es que solo cumplieron valoración, pero no es que sólo cumplieron valoración, es que hay casos de casos, complejos; ¿verdad?,[...] cuando logran hacerlo todo, yo les digo: “ven tienen trabajo para 5 años”, verdad, es una persona o una comunidad, “5 años de trabajo tenemos”” (Docente 4).

Para concluir el análisis de la etapa de planificación del Proceso de Enfermería, resulta valioso señalar que, gracias a ella, se guían y dirigen los cuidados y la documentación, se promueve la comunicación, se favorece la continuidad de los cuidados, se crean registros para utilizar como evaluación o en investigación y se gestan evidencias sobre las necesidades en cuidados de la salud (Alfaro, 2014); (Caballero, Becerra y Hullin, 2010). Por tanto, una completa y correcta aplicación de esta etapa trae beneficios directos a las personas receptoras de cuidados y a la profesión como tal. Debido a la complejidad mostrada en este apartado y a la falta de especificidad de la información proporcionada por las personas docentes sujetas de esta investigación, se torna necesario mencionar que, la etapa de planificación del Proceso de Enfermería debe ser mayormente profundizada por las personas docentes de enfermería con el fin de poder guiar al estudiantado en la elección de resultados/objetivo y las intervenciones desde un posicionamiento crítico, los cuales impactarán directamente a la persona receptora de cuidados a la hora de la ejecución.

4.1.2.4 Etapa de Ejecución

Es la fase en la cual las personas profesionales en enfermería realizan o delegan las actividades necesarias para lograr los objetivos de salud de las personas y su respectivo registro (Wilkinson, 2012). En otras palabras, es la etapa donde se pone en marcha el plan de cuidados, es decir, consiste en la aplicación y el registro de actividades que constituyen las acciones de enfermería específicas que son necesarias para llevar a cabo las intervenciones enfermeras (Grupo CTO, 2016).

Las personas docentes definen esta como:

“Ya es la parte de ejecución o implementación, entonces, ya aquí es propiamente, es como..., el concepto que yo uso aquí, a veces, es como darle play a esa planificación, es donde ya se está en esa interacción de la persona estudiante de enfermería con persona adulta mayor que está recibiendo o que está interactuando en ese intercambio de experiencias [...] es ya toda la aplicación de las diferentes estrategias o actividades que están planeadas” (Docente 1).

“Es donde obviamente ya los estudiantes, este, eee... van a ir a ejecutar todas estas las acciones de enfermería que determinamos [...] es ejecutar las actividades o la intervención de enfermería que vamos a realizar ¿verdad? ya sea en el momento o con un largo plazo, ¿verdad? dependiendo del tiempo con el que contemos para trabajar con esa persona o con las personas.” (Docente 2).

“La ejecución de todas esas actividades que se planearon y que se llegaron” (Docente 3).

Estos comentarios son coherentes con lo propio de esta etapa: realizar, aplicar o implementar las acciones de enfermería. Además, asocian su correspondencia con la etapa previa del Proceso de Enfermería, la planificación; es decir, las actividades están guiadas por el plan de cuidados establecido previamente, no es un hacer al azar, es una secuencia pensada de acciones.

Para la ejecución de las actividades planificadas, las personas docentes mencionan algunas maneras utilizadas:

“Según el tipo de acción que tengan que implementar, porque como puede ser que sea: “comencemos a hablar, qué siente, una búsqueda de una solución, de un sentimiento” [...] otras ejecuciones van dirigidas a algo que puedo compartir, como hacer un tipo de estimulación, estimulación cognitiva” (Docente 3).

“¿Cómo lo van a hacer? Bueno en el centro diurno lo hacemos con diferentes formas, por ejemplo, eee... si se organizó algún taller para abordar un tema, no sé... se me ocurre una necesidad: relaciones interpersonales entre las personas adultas mayores, entonces ya para ese día vamos a ir a trabajar con ese Nic y realizamos un taller en base a ese tema ¿verdad? También hacemos intervenciones de forma individual ¿verdad?, talvez para tener un poco más de atención personalizada con esa persona adulta mayor, entonces es parte de las actividades que realizamos ¿verdad? [...] es parte de la ejecución de actividades, son muchísimas cosas las que tratamos de hacer, tratamos de innovar” (Docente 2).

“Por ejemplo, voy a dar un espacio o dar contención emocional, un espacio de confort, que son las primeras que salen cuando uno hace ese tipo de actividades, dependiendo de ese contexto, así se van a tomar decisiones, por ejemplo, en un caso había que dar devolución a una persona adulta mayor, pero estaba su hija y a las dos había que darles devoluciones muy particulares que no queríamos que una y otra persona se diera cuenta, entonces podemos negociar con anterioridad, conociendo la comunidad” (Docente 4).

“A ellos les gusta que todas las actividades sean dinámicas, que haya estimulación física, cognitiva, pero no una actividad donde se llegue a hacer un tallercito, tiene que ser muy dinámico, se tienen que mover mucho, entonces al contrario es un reto, porque no son la población que normalmente van a estar ahí súper queditos tienen que moverse” (Docente 3).

A través de estos cuatro comentarios podemos denotar que las maneras de poner en prácticas las actividades son tan diversas como los criterios y habilidades de cada docente y las necesidades, y recursos de cada persona receptora de cuidados. Para unos, se requiere atención individual, privacidad y condiciones particulares; para otros, es importante el dinamismo; para algunos más, hay que tomar en cuenta el contexto. En fin, los factores a considerar son innumerables, pero es importante aclarar que las actividades están categorizadas en grandes áreas “para observación, prevención, tratamiento y promoción de la salud” (Wilkinson, 2012, p. 241); considerando el tipo de actividad que se desarrollará se pueden determinar las mejores estrategias para ponerlas en práctica.

También queda expuesto que el Proceso de Enfermería y, por tanto, el desarrollo de intervenciones, se dan para casos individuales o para grupos de personas que cumplen con ciertas características y para las cuales se han determinado diagnósticos de enfermería; por tanto, las intervenciones son individuales o grupales. Las personas docentes agregan:

“Hacen como dos tipos de proceso, el proceso a nivel grupal donde tengo todas esas estrategias y un tipo de proceso a nivel individual. Entonces este a nivel institucional cuáles fueron los problemas que se detectaron, qué es lo que está sucediendo ahí a nivel institucional y después a nivel individual cada uno de los estudiantes va a presentar su caso” (Docente 3).

“El proceso de forma individual... bueno ahora lo estamos trabajando igual con la plataforma NNNConsult [...] después entonces hacen la fase de ejecución de las actividades entonces ya ese día por ejemplo además de que vamos a hacer el taller también se deja un espacio para hacer un trabajo individual con esa persona adulta mayor del caso que les tocó trabajar [...] entonces le damos seguimiento talvez en esa semana, hicimos tres sesiones con esa persona, tres sesiones de 30 minutos” (Docente 2).

“En el hogar, si hay varias personas interesadas y que nos han referido, ya ahí tengo la oportunidad de desarrollar un proceso grande con un grupo de personas, solo que ahí ya sería un taller donde participan todos los estudiantes del grupo trabajando con subgrupos de personas adultas mayores, lo que me permite eso es tener un espacio para hacer una intervención común, digamos, por ejemplo, algunos diagnósticos de promoción” (Docente 1).

Al respecto, las personas docentes no hacen ninguna diferenciación en el paso a paso de cómo se realizan estos Procesos de Enfermería (grupal o individual), lo único que resaltan como distintivo es el número de personas. Esta es un área considerada de interés para que sea profundizada en otros procesos investigativos, ya que resultaría muy interesante poder identificar si existen elementos diferenciadores al realizar un Proceso de Enfermería individual que uno grupal o comunitario, si las facilidades y dificultades que se presenta son parecidas o si los recursos necesarios varían.

Por otra parte, una persona docente plantea que, al momento de la implementación de las actividades, a veces no hay claridad del cómo se implementarán, ella lo expresa así:

“Ahora bien, ¿qué hace falta en eso? hace falta los dos puntos de las actividades, “usted le va a dar un estado de confort a esta persona, cuénteme cómo lo va a hacer por lo menos”. Esos dos puntos cuesta mucho que el estudiante tenga claridad y ahí es donde viene entonces el asunto aaahh de estas teorías, si yo tengo claro cómo voy a intervenir, esa pregunta se me hace fácil, incluso la escogencia de esas actividades, porque la teoría me lo va a guiar, me va a decir, entonces eso es un proceso que va hacia adelante y va hacia atrás ¿por qué? porque la teoría va a decir, [...] pero nosotros también tenemos la responsabilidad de escribir los dos puntos de las actividades porque todos los casos son diferentes y esa discusión también está ahí pendiente” (Docente 4).

La frase *“los dos puntos de las actividades”* quiere decir que, las actividades planteadas por la NIC pueden ser personalizadas, contextualizadas, explicadas o completadas, es decir, siguiendo el ejemplo planteado en la figura 17, *los dos puntos* de la actividad *“Comentar*

con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño” podrían ser respondidas con las preguntas: ¿cuáles técnicas y por qué?, y ¿qué insumos utilizar para proporcionar la información?, entre otras. Esto requiere del desarrollo de habilidades de razonamiento clínico, que debe estar respaldado en conocimientos específicos y en las mejores evidencias, al mismo tiempo que debe ser reflexivo y creativo (Alfaro, 2014). En palabras de Wilkinson (2012) para la etapa de ejecución se requiere de habilidades cognitivas, interpersonales y psicomotoras o técnicas, las cuales respondan a los diferentes enfoques requeridos.

Continuando con el análisis, la persona docente propone que el uso de las teorías de enfermería pueden ser el soporte ideal para guiar ese faltante no descrito por la NIC. Esto es coincidente con Federico (2017) quien afirma que las teorías propias de enfermería guían una práctica distinta a la de la médica y son un componente esencial del proceso enfermero. Similar Parra, González y Pinto (2017, p.68) comentan que “la implementación de teorías de enfermería en la práctica acrecienta el valor profesional, ya que sirven de guía para fomentar el pensamiento crítico y la toma de decisiones, incluye la utilización de un lenguaje profesional característico”.

No obstante, el aporte de las teorías de enfermería en la práctica es un área que sigue en construcción y maduración, Porcel (2021, p,1) asegura que “sin embargo, la evolución teórica hasta la traslación a la práctica diaria está resultando un camino complejo, no exento de dificultades ni errores”. Por tanto, este es otro aspecto que no fue abordado con detalle por las personas docentes, pero que resultaría atrayente ahondar.

Cabe mencionar la evidencia empírica como otra manera para robustecer el establecimiento e implementación de intervenciones de enfermería. La evidencia empírica es la “información que se adquiere mediante observación o experimentación. Evoluciona a partir de la investigación científica y comprende el componente de la ciencia de la enfermería de la práctica profesional de enfermería” (Mick, 2017, p. 43).

Según Mick (2017) existen cuatro fuentes de evidencia recomendadas para la toma de decisiones clínicas, estas son la experiencia clínica, el contexto clínico, los resultados y

valores de los pacientes, y la mejor evidencia de las investigaciones. Sin duda las tres primeras fuentes citadas son consideradas dentro del desarrollo del Proceso de Enfermería por ser parte de su esencia; no obstante, la evidencia asociada a la investigación no parece tener un panorama tan claro. Esta cuarta fuente de evidencia permite comprender diversidad de información, no precisamente asociada a las teorías de enfermería, pero, que, resultan ser hallazgos valiosos producto de investigaciones que enriquecen o dan una nueva perspectiva al hacer, ser y saber de la enfermería.

La no consideración de la evidencia empírica en el discurso de las personas docentes en cuestión, durante la etapa de ejecución del Proceso de Enfermería, podría ser reflejo de las dificultades que siguen experimentando los profesionales de enfermería debido a la escasa formación. Al respecto Mick (2017, p.42) asegura que “la inclusión habitual de la evidencia de las investigaciones como componente natural de la toma de decisiones era y sigue siendo, hoy día, un reto para las enfermeras”.

Por otra parte, siguiendo con los aspectos destacados sobre las intervenciones de enfermería, otro elemento que pareciera es un factor importante y que limita las experiencias que se pueden desarrollar es el tiempo, ya que las personas docentes refieren:

“[...] como es tan poquito tiempo que estábamos [...] a la larga nosotros no vamos a poder realizar por el poco tiempo que estamos [...] en las 3 semanas que estamos ahí” (Docente 2).

“Por el tiempo y por los procesos, solamente puedo tomar 4, pues solamente 4 personas voy a tomar, pero ya es un trabajo que sale, que se hace diferente” (Docente 3).

Por lo que aquí resulta necesario analizar tres hechos:

1-Los planes de cuidado individualizados (realizados en el curso EE-0512) requieren mucho tiempo.

2-El escaso tiempo (hasta 3 semanas para una rotación) con el que se cuenta para desarrollar el Proceso de Enfermería incluyendo la ejecución de las intervenciones señaladas en el plan de cuidados y su debida evaluación.

3-El desarrollo paralelo de Procesos de Enfermería grupales y Procesos de Enfermería individuales en un mismo lugar y momento.

Esto es un punto relevante pues podría asociarse a lo que Moreno, Prado y García (2013) mencionan. Además, estos tres hechos nos posicionan ante un panorama complejo, el cual abre a un sinnúmero de interrogantes, que, aunque no son el objeto principal de esta investigación, no lo excluye de su relevancia. Los hechos parecieran se potencian entre ellos hacia un camino “cuesta arriba”, es decir, hacia múltiples dificultades en la aplicación completa de los Procesos de Enfermería, no obstante, las personas docentes aseguran que estos se realizan y dan resultados que impactan positivamente al docente, al estudiante, a las personas adultas mayores y a las instituciones vinculadas. Se puede observar en comentarios como los siguientes:

“[...] empezaron a hacer las coordinaciones para ver si una persona de terapia física nos podía colaborar [...] y el siguiente grupo lo continuó y llevaron a un muchacho [...] empezó a hacer el voluntariado y empezó a dar la terapia, [...] el año pasado llego y me encuentro que ya el muchacho lo tienen ahí contratado [...] y entonces obviamente ya después de un año uno ve todos los beneficios” (Docente 2).

“[...] una vez un grupo también dejó hecho un huerto bastante bonito [...], entonces es bastante bonito cuando llego y veo que el huerto está ahí, que funciona, que todavía lo cuidan, entonces, a la larga eso me ha hecho ver que cuando uno le da seguimiento al proceso y continuidad este... como que las cosas si se ven con el tiempo que van dando resultados” (Docente 2).

Bajo este panorama es importante e interesante esclarecer y profundizar las prácticas docentes desarrolladas en relación con el Proceso de Enfermería en el contexto del

curso EE-0512 (objetivo específico de esta investigación que será abordado más adelante) para mirar con nuevas perspectivas los retos de la docencia universitaria en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR).

Es, debido al factor de tiempo y disposición de recursos, que delegar acciones específicas toma gran relevancia en la etapa de ejecución. La delegación es “la transferencia de la responsabilidad por el desempeño de una tarea o actividad de una persona a otra mientras se mantiene la responsabilidad por el resultado” (Wilkinson, 2012, p. 278-279). Durante las entrevistas a las personas docentes, ellas comentaron:

“Entonces si no podemos darle como una solución oportuna en el momento, estando ahí en el centro, eee..., negociamos con la directora del centro y dejamos algún tipo de referencia para que el adulto mayor la pueda llevar a su casa y le den seguimiento, por ejemplo: en el EBAIS, o en el área de salud ¡verdad! o sea, si consideramos que es necesaria algún tipo de intervención más, más eficiente y más profesional” (Docente 2).

“[...] visita domiciliaria es una visita profesional, tan así que hay que hacer las referencias y darles seguimiento a esas referencias eso ha conllevado también a muchas coordinaciones en este caso con la trabajadora social [...] se está llevando una referencia a la red de cuidado, para ... [...]” (Docente 4).

“Tener la posibilidad, también, de poder coordinar algunas cosas con otros profesionales y que te compren la idea” (Docente 3).

Delegar es un recurso necesario e importante de considerar, ya que es la persona profesional de enfermería, la responsable de asegurar la continuidad a través de un enfoque organizado que resuelva las necesidades de las personas (Caballero, Becerra y Hullin, 2010). Esta continuidad es un factor trascendente y en el caso de las intervenciones realizadas con las personas adultas mayores en el contexto del curso EE-0512 es más valioso, debido a que este se desarrolla solamente durante el I semestre del año y en algunas de las instituciones en las que se participa no hay profesional de

enfermería. Por tanto, delegar lo que no se ha podido atender adecuadamente por cuestiones de tiempo o recursos es realizado con frecuencia según las personas docentes, quedado registrado a través de las referencias, las cuales son el "mecanismo que permite coordinar la continuidad de la atención en salud del usuario(a)" (CCSS, 2014, p. 85) y así atender las necesidades detectadas a través de otras personas, profesionales o instituciones.

A modo de cierre, se retoma que la manera de registrar el Proceso de Enfermería según las personas docentes del curso EE-0512 es a través de la plataforma NNNConsult, una persona docente comenta:

"A este momento yo debería decir que NNNConsult debe mediar siempre o es donde yo debo expresar el proceso" (Docente 4).

Sin duda alguna, la realización de las intervenciones es medular, pero al mismo tiempo si no queda una evidencia escrita de lo acontecido, su valor resta importancia y credibilidad, por eso es que Wilkinson (2012) explica realizar los registros funciona para evaluar y mejorar la atención a las personas, apoyar en la planificación del cuidado, proporcionar información a las agencias reguladoras, servir como documento legal y por supuesto, para la educación en investigación y estadística.

4.1.2.5 Etapa de Evaluación

La última de las etapas a describir es la de evaluación. Esta a pesar de aparecer al final, es una actividad planificada y continua que se debe realizar paralelamente a cada acción de enfermería (Grupo CTO, 2016, p.46).

La evaluación es definida como "una actividad deliberada, planificada y continua en la que el cliente, la familia, la enfermera y otros profesionales de la salud determinan (a) el progreso del cliente hacia el logro de los resultados y (b) la efectividad del plan de cuidados de enfermería" (Wilkinson, 2012, p. 316).

Al consultar a las personas docentes sobre qué es la etapa de evaluación, contestaron:

“Y finalmente la fase de evaluación creo que también es la fase que nos permite entonces evidenciar cuál fue el trabajo realizado, cuáles fueron los resultados obtenidos ¿verdad? y eso para enfermería es lo que a la larga, es súper valioso, porque entonces me permite darme cuenta si lo que yo trabajé con esa persona me funcionó o no, o qué puedo cambiar o que puedo volver a realizar, hacia donde dirijo nuevamente la intervención si no me funcionó lo que quise hacer de primera mano” (Docente 2).

“La evaluación, que ya es, la evaluación de todos estos objetivos que se plantearon al inicio [...] y llegar a un fin que se evidencie la mejora” (Docente 3).

“Una etapa de evaluación que sería a través de NOC o indicadores” (Docente 4).

“Y etapa de evaluación es una etapa de introspección y de revisión y de autoevaluación para poder mejorar en la... para poder tener un aprendizaje significativo que le permita al estudiante, en este caso, ¡verdad!, saber en qué tiene que mejorar y saber también qué tiene... y saber también cuáles son sus fortalezas, que eso es lo más importante” (Docente 1).

De estas definiciones la primera refleja de mejor manera los componentes de la etapa de evaluación ya que contempla la valoración del trabajo realizado como un aspecto general, la consideración de los resultados y la apreciación de la intervención realizada y sus respectivos ajustes. Estos elementos coinciden con lo que plantea Wilkinson (2012) para esta etapa es para evaluar el Proceso de Enfermería en general, evaluar los resultados de las personas y revisar el plan de cuidados.

En contraste, las definiciones dadas por las personas Docentes 3 y 4, hacen referencia solamente a los objetivos y los resultados (NOC y sus indicadores), es decir, a un único aspecto sugerido por Wilkinson.

La última definición citada, hace alusión a la autoevaluación como el proceso de autorevisión del desempeño personal y no parece tan asociado a lo que corresponde la etapa de evaluación del Proceso de Enfermería, dicho aspecto es relevante y útil para el crecimiento y mejora constante, pero no congruente con la definición como tal de la etapa en cuestión. Además, la persona docente no hace referencia al uso de los resultados de la NOC durante la entrevista ni tampoco hace referencia a la revisión del plan de cuidados como tal, sino solo al desempeño personal.

Siguiendo con la evaluación del progreso de las personas hacia el logro de los resultados, puede realizarse a través de tres maneras: de forma continua, intermitente y/o final. La evaluación continua se realiza mientras se da la implementación de una intervención o inmediatamente después, permitiendo hacer modificaciones en la marcha (Wilkinson, 2012). La persona Docente 1 hace referencia a este tipo de evaluación cuando dice:

“Siempre yo hago un pequeño conversatorio inmediatamente después de la intervención con el estudiante, le pregunto cómo se siente, qué le pareció la intervención que hizo él mismo, qué le pareció la respuesta de la persona adulta mayor, y luego en la postclínica retomamos estos aspectos ya en grupo” (Docente 1).

También la persona Docente 2 comenta:

“También, yo siempre trato, de que, como empiezo con dos grupos, son dos grupos diferentes, entonces, yo empiezo con un grupo y a los dos meses viene el otro, entonces, yo siempre he tratado como de darle seguimiento a lo que inicia el primer grupo, le damos continuidad, porque siento que eso me ha permitido como que hagamos más, como que realmente sean más efectivos esos 4 meses que estamos ahí, que realmente se vea como un trabajo en conjunto y entonces a la larga uno se ha permitido dejar más ideas o más propuestas o incluso proyectos finalizados” (Docente 2).

La evaluación intermitente es aquella que se realiza en momentos específicos y muestra la cantidad de progreso hacia el logro de resultados, con ella se busca corregir cualquier deficiencia en la atención y modificar el plan de cuidados según sea necesario (Wilkinson, 2012). Al respecto llama la atención este aporte de una persona docente:

“Cuando yo voy a visualizar cuál es el seguimiento a los casos, yo me voy a las tablas de los indicadores, fueron casos importantes [...] Cuando yo voy y me siento con la trabajadora social para ver cómo van los casos, cómo vamos definiendo, yo tengo que ver con el expediente, cuáles fueron los indicadores porque es la parte evaluativa del proceso, entonces esto me ha conllevado a mí a establecer casos nuevos y casos de seguimiento [...] yo le vendo una idea: “chicos aquí venimos a hacer una práctica profesional, los resultados tienen que ser tan verídicos”” (Docente 4).

La evaluación final o terminal es aquella que refleja o indican la condición de la persona al momento del alta. Incluye elementos del seguimiento y el estado del logro de los resultados (Wilkinson, 2012). En este caso, la persona Docente 2 plantea:

“Esa fase de evaluación, la hacemos ya la última semana, vamos ahí en el centro ¡verdad! ya igual nos ajustamos a las escalas que nos brinda la taxonomía o tratamos de hacer una pequeña entrevista, pequeñita, como para volver retomar los temas que habíamos visto en los talleres, por ejemplo, para ver si todavía se acuerdan de lo que conversamos y que aprendieron entonces para ver si hubo alguna diferencia [...] el año pasado los estudiantes que hicieron la fase de evaluación hicieron un Monopoly gigante entonces pusieron fichas de colores en el suelo, tiraban el dado, entonces era como un juego. Cada vez que tiraban el dado iban avanzando igual y la pregunta era en relación a uno de los temas que ya habíamos visto” (Docente 2).

Por su parte, las personas docentes también hacen referencia a la evaluación final como parte del informe que se le presenta a las organizaciones donde se desarrolla el Proceso de Enfermería, comentan:

“Esa es una cosa que por lo menos a mí me encanta, que es entregar esos informes en un grupo interdisciplinario, porque esa evaluación de ese proceso de enfermería que se entrega, se entrega como proceso de enfermería y se entrega así como se está dando sin maquillarlo, se trata de no herir percepciones, pero no importa, a ellos les interesa ir creciendo, y es lo que se da; entonces uno podría al evaluar que si tiene o si espera un cambio, porque no se queda en el documento, en un documento que hizo uno, que muy probablemente lo van a dejar por ahí a llenar de polvo, sino que fue algo que ya se discutió [...] entonces la evaluación sabemos que se está dando, sí llega a tener un fruto, el producto en el que se trabajó” (Docente 3).

“En la parte evaluativa [...] dentro del cierre hacemos una presentación del informe de todas las actividades que hicimos a la parte administrativa [...] Entonces a manera de evaluación dentro del proceso de enfermería, o sea, como etapa del proceso nos sirve muchísimo porque tenemos la opinión de una persona con tanta experiencia como doña [Persona Administradora 1] para este, para saber cómo hicimos las cosas [...], ella es muy sincera en lo que nos dice, entonces nos permite saber qué tenemos que mejorar [...] para enriquecer cada parte del proceso” (Docente 1).

“Como sabemos que va a pasar un año para volver, entonces siempre se le da el informe a doña [Persona Administradora 2], o sea, yo siento que es fundamental dar ese informe a la administración, para que ellos vean cuáles fueron los hallazgos más importantes y los resultados y lo que quedó por hacer [...] Siempre, como parte de la evaluación, yo les digo que va también la parte de devolución de los resultados, entonces un día le pedimos a la directora del centro que nos dé un espacio para entonces entregarle a ella todos esos resultados obtenidos y el trabajo que realizamos durante esas semanas y para darle las recomendaciones o sugerencias y cosas que quedan pendientes de trabajar” (Docente 2).

Continuando con la evaluación del progreso de las personas hacia el logro de los resultados, se evidencia, con los comentarios ya expuestos, que las personas docentes junto a sus estudiantes determinan los resultados logrados, solo que éstos no hacen comentarios específicos que reflejen cómo es que llegan a determinar esos resultados ni los criterios que utilizan, solo que toman en cuenta los indicadores de la NOC, los objetivos o las opiniones de las personas.

Al respecto Wilkinson (2012) menciona que para determinar los logros se deben seguir 5 pasos: revisar el resultado deseado (indicador), luego recopilar datos de evaluación, comparar el estado de la persona con los resultados deseados y sacar una conclusión, escribir el enunciado evaluativo (si se logró o no el resultado deseado) y finalizar con la relación de las intervenciones de enfermería con los resultados. Con todo ello, se puede determinar la efectividad del plan de cuidados y así decidir si hay que hacer cambios o por el contrario las necesidades fueron satisfechas y se debe dar de alta.

En fin, la evaluación es la clave para lograr la excelencia en enfermería, asegura Alfaro (2014), por tanto, debe ser asumida con responsabilidad y rigurosidad, lo cual se podría relacionar con el siguiente comentario:

“No venimos aquí, o sea, que nos están haciendo un favor, ¡no! Nosotros vamos a aportar y ellos nos aportan un montón, pero nosotros también vamos a aportar. Uno de los grandes compromisos que yo al menos le digo a los estudiantes en visita domiciliaria: “es una visita profesional, por lo tanto, los resultados van a ser profesionales” y eso a mí me lleva una gran demanda y una gran responsabilidad, pero también es cierto que has traído muchísimos aprendizajes tanto para el estudiante, para mí, pero, también un compromiso con devolver realmente un producto profesional a el escenario” (Docente 4).

Con ello se concluye el análisis específico de las cinco etapas del Proceso de Enfermería, no sin antes considerar dos aspectos más. El primero es una comparación de las etapas en función de su facilidad o dificultad. El segundo es un recuento de cómo las personas docentes han construido los conocimientos asociados a Proceso de Enfermería.

4.1.2.6 Comparación entre las etapas del Proceso de Enfermería

Para este apartado se ha considerado la opinión y criterios de las personas docentes sobre cada etapa y cómo éstas son concebidas como fáciles o difíciles en su aplicación y acompañamiento al estudiante. Esto con el fin de valorar puntos de llegada sobre las etapas y cómo cada docente percibe su puesta en marcha.

Lo primero a mencionar es que tres de cuatro docentes están de acuerdo que la etapa de valoración es la más fácil y en contraparte como segundo aspecto está que tres de cuatro docentes están de acuerdo que la etapa diagnóstica es la más difícil. El tercer punto es que en la etapa de ejecución no hay punto en común, ya que la mitad, la consideran fácil y la otra mitad, difícil. Para cerrar las etapas de planificación y evaluación son poco consideradas y no salen a relucir en este debate.

Para ejemplificar lo anterior es preciso mencionar que al hablar de la etapa de valoración como la más fácil, las personas docentes comentan:

“La valoración [...] la valoración a mí se me ha hecho, eeee, en los casos de los lugares donde he dado práctica, la valoración a mí se me ha hecho como una etapa en la que disfruto mucho en el sentido de que como son diferentes fuentes de información, puedo hablar y puedo obtener información de la parte administrativa, de los otros colegas, de las otras personas que están alrededor de la persona adulta mayor, de la misma persona adulta mayor” (Docente 1).

“Para mí el proceso de valoración me gusta, me encanta, o sea, a lo personal el proceso de valoración me gusta muchísimo, es como ir viendo cómo se va formando y va teniendo forma, como se va estructurando” (Docente 2).

“Entonces la más fácil valoración [...] Porque casi que, ya está -digamos sí lo vemos desde visita [visita domiciliar]- ya van a tener el consentimiento, el historial o el

NNNConsult, etc., ¡verdad!, ya tiene un preámbulo en el cual uno incide más, ¡verdad!, o esa guía” (Docente 4).

Dos elementos destacan, el primero es la afinidad personal y el disfrute que tienen la persona docente (Docente 1 y 2) y el segundo es la disposición de recursos (Docente 4).

Respecto a la afinidad personal y el disfrute, Loáiciga y Camacho (2017) afirman que el cerebro es un órgano auténticamente social que necesita de estímulos ambientales para su desarrollo y que requiere de apego afectivo para alcanzar sus cumbres más elevadas en la aventura del conocimiento. Estas mismas autoras citando a Maturana (1999) reconocen que para un aprendizaje significativo debe haber una dosis de gozo, creatividad, placer e incertidumbre y así, las personas se autoorganizan y se autoconstruyen. Por tanto, el hecho de que las personas docentes disfruten lo que hacen, les marca positivamente a sí mismos y a quienes tienen cerca.

Por su parte, la disposición de recursos facilita la aplicación exitosa de la etapa, la persona Docente 4 hace referencia al consentimiento informado, al historial de enfermería y a la plataforma NNNConsult, los cuales son elementos que facilitan la recogida, organización y registro de los datos que deben ser considerados en la valoración enfermera. Se podría pensar que no resulta igual realizar una valoración teniendo a disposición este tipo de recursos, ya que estos dan estructura, guía y orden. Por ejemplo: la NNNConsult proporciona varias maneras de guiar y registrar la valoración: resumida por patrones, detallada por patrones, resumida por necesidades, según los dominios (NNNConsult, 2015); implicando un insumo valioso para que las personas docentes puedan generar análisis en direcciones variadas y abordar diversos objetivos de aprendizaje.

No obstante, resulta interesante pensar que la valoración es la primera etapa del Proceso de Enfermería, por tanto, tiene un lugar privilegiado. De ahí que se podría desencadenar una interrogante ¿La etapa de valoración será considerada más fácil debido a que por ser la primera es aquella donde las personas docentes tienen más experiencia, ha sido la que mayormente se ha sometido a reflexión, es la más detallada

o cercana? Esta interrogante tiene por alcance solo la intención de plantear una posibilidad para someter en espacios de reflexión que a lo interno de la Escuela de Enfermería podrían tener alcances mayores. Por ejemplo, esta docente expone “*qué bueno, tengo que reconocer que ahora ya pasamos de la etapa de valoración, para mí, ya yo pasé clarificarme en la etapa de valoración*” (Docente 4).

Por otra parte, la etapa diagnóstica es considerada como la más difícil, las personas docentes dan varias razones que se puede observar en estos comentarios:

“Me parece que la que la etapa diagnóstica. La etapa diagnóstica porque la etapa diagnóstica la persona adulta mayor tiene tantas aristas, tantas características, por lo que difícil es acomodar todo, por saber cuál es exactamente ese diagnóstico prioritario. También las personas muchas veces nos van a presentar síndromes, entonces desde ese síndrome cómo acomodo toda esa información [...] entonces, esa es como la etapa más... más compleja por las características que tenemos que acomodar y además porque un adecuado diagnóstico va a depender también una adecuada intervención y la subsecuente respuesta humana que tenga la persona adulta mayor directamente, verdad” (Docente 1).

“[...] la que más me cuesta llegar como docente y mediar con mis estudiantes es la fase de diagnóstico [...] Ah como es en comunidad, son tantas, tantas, cosas que nos encontramos ¡verdad!, cuando hacemos esa valoración, son tantas las necesidades que uno dice “bueno y qué hacemos con tan poquito tiempo que hay, qué priorizamos”, entonces un poco por ahí verdad, y llegar con los estudiantes y hacer todo ese análisis de que vamos a trabajar, de todo esto que encontramos, uno hace una lista hasta de diez diagnósticos, bueno cuál realmente nos une todo, cuál nos amarra todo [...] siento que otra de las dificultades es que son las características particulares que tiene la población adulta mayor ¡verdad! [...] entonces sí, creo que esa sería la etapa más compleja, el diagnóstico” (Docente 2).

“[...] podría ser, en la elección de etiquetas, porque no son tan, no están dirigidas ni a la comunidad ni a grupos mayores, si no que a lo individual y a patologías [...]

muy dirigidas a problemas patológicos que no necesariamente es lo que se va a dar en la, en el escenario comunitario” (Docente 3).

Las principales razones por las que señalan la etapa diagnóstica como difícil son por las características de las personas adultas mayores, la dificultad de priorizar ante tantos problemas identificados y el uso del lenguaje enfermero estandarizado que no está enfocado en la población ni en el enfoque comunitario.

Las dos primeras razones están asociadas y se potencian entre sí, ya que, al realizar el Proceso de Enfermería se necesita tener la mayor y mejor cantidad y calidad de información sobre la persona, grupo o comunidad para así poder identificar y emitir un juicio clínico sobre todas esas necesidades identificadas; por tanto, es esperable que, al trabajar con personas adultas mayores quienes por sus características no solo de salud (pluripatologías) sino psicosociales (dificultades económicas, limitaciones en el acceso a los servicios y condiciones de vida, exclusión y escasa participación social) (Gil, 2019) esas necesidades sean diversas y se incremente la dificultad de determinar la más relevante e integradora.

A lo anterior se le suma, que ya de por sí, la determinación de los diagnósticos de enfermería es un proceso complejo, como bien lo señala Porcel (2021, p. 2) cuando afirma: “sin embargo, las respuestas humanas a veces son difíciles de discernir. Pueden existir diagnósticos afines y ciertos diagnósticos implican grados, niveles o estadios, por tanto, llegar a una conclusión diagnóstica no es un proceso fácil”. También Rifà, Rodríguez, Pérez, Lamoglia y Costa (2019, p.34) afirman que “es fácil malinterpretar las respuestas de las personas frente a los problemas de salud y los procesos vitales, ya que dicha interpretación es una tarea considerada de alta complejidad”.

La tercera razón, planteada por la persona Docente 3, es sobre el uso del lenguaje enfermero estandarizado, específicamente refiriéndose a la clasificación NANDA usada por las personas docentes de la Escuela de Enfermería. Este es “aplicable tanto a pacientes, como también a personas sanas, su familia y comunidad” según Caballero *et al.* (2015, p. 41), por tanto, lo expuesto por esta docente no coincide. Pero, en contraste,

en la investigación de Rios, *et al.*, (2020) afirman que a pesar de que las enfermeras tienen suficiente conocimiento del lenguaje enfermero estandarizado NANDA, NIC, NOC, lo consideran poco comprensible o difíciles de aplicar. Estos autores comentan:

Las encuestadas consideran tener un conocimiento notable o suficiente (75,2%) de los lenguajes NNN. Del mismo modo un 67,7% de las enfermeras consideran que son lenguajes poco o nada comprensibles, y un 81,8% opina que son difíciles, muy difíciles o imposibles de emplear en la práctica asistencial en atención primaria [...] Solo las enfermeras principiantes (< 5 años) valoran como suficiente la utilidad, la claridad y la facilidad de uso de los lenguajes estandarizados. (Rios, *et al.*, 2020. p. 752)

Lo anterior, refleja que es un tema que debe seguir siendo abordado en futuras investigaciones para poder profundizar los factores involucrados y su aporte en los escenarios comunitarios y de personas adultas mayores, ya que como lo expresan Rifà, Rodríguez, Pérez, Lamoglia y Costa (2019, p.37) “el significado del lenguaje enfermero en la práctica clínica presenta algunas controversias”.

Al retomar el tercer punto, en relación con la etapa de ejecución, llama la atención que dos docentes aseguran que es fácil y los otros dos que es difícil, los argumentos expuestos a favor son los siguientes:

“Devolviéndome a la parte ¿qué se me hace más fácil de las etapas? sí, considero que la fase de ejecución, porque ya una vez que ellos empiezan a ejecutar las actividades y ven la razón de ser de por qué justificamos y por qué vamos a trabajar ese Nic, entonces yo siento como que se les aclara todo el panorama ¡verdad! y a uno como docente... también incluso entonces me permite ver si realmente lo que abordamos o lo que ellos planearon para ese día realmente se cumplió o no, [...] me ayuda a ver realmente cuál ha sido como ese trabajo de todos los estudiantes, ya verlo ahí desarrollado, o sea, todo lo que estaba escrito en el papel ya llevarlo a la práctica y verlo ejecutado entonces eso facilita ver si realmente entendieron la idea” (Docente 2).

“Ejecución y evaluación se va [se van sobre ruedas], o sea, estar ya ahí, poder ejecutar todo, verlo correr por decir algo, y ver, que lo que he hecho salió bien o que puedo cambiarlo, para que quede mejor” (Docente 3).

Es decir, se asocia positivamente la etapa por ser considerada la puesta en marcha de todo el trabajo previo, por darle vida a lo que se había plasmado en papel, y con ello, ver los alcances reales de todo el proceso de análisis elaborado. La relación con la comprobación de lo planeado en relación con lo realizado, causa un efecto positivo.

En contraste, la incertidumbre y la falta de claridad con respecto a las intervenciones y actividades relucen como los factores que hacen difícil la etapa de ejecución o intervención. Los comentarios son:

“Luego la etapa de ejecución, no es difícil en sí, sino que es algo como muy incierto, en el sentido de que yo no sé si la persona adulta mayor con la que voy a trabajar va a estar dispuesta a trabajar en el momento que lo tengo planeado respondiendo al horario que me da la universidad [...] puede verse tal vez que no amaneció bien de salud, o que talvez no quiere atender a nadie, este, o el desayuno no le cayó bien, o tuvo una visita inesperada y quedó afectada emocionalmente, entonces, la etapa de ejecución es por lo incierto que es[...] Pero sí, eso creo yo, que son como las etapas más complejillas” (Docente 1).

“La parte de intervención, ahí es donde yo siento que es la más difícil incluso [...] con mayor dificultad: intervención, precisamente por esos detalles, a la hora de identificar los NIC, [...] ¿cómo se establecen los NIC? ¿a qué responden? [...] Por una cuestión meramente de conocimiento que se traduce entonces en debilidades, ¡verdad!, no solamente del estudiante sino, yo también como docente [...] porque no lo hemos discutido como grupo, ¡verdad! entonces yo creo que por eso esa etapa es la más más difícil, hasta no clarificarnos” (Docente 4).

Al considerar ambas partes (que es fácil y que es difícil), es necesario resaltar lo mencionado por Alfaro (2014, p. 161) “la ejecución representa un desafío porque ahí es donde <está la acción>, con muchas variables dinámicas que afectan su desempeño”, variables que muchas veces están fuera del alcance de la persona docente y del estudiantado como lo plantea la persona Docente 1, pero que al mismo tiempo esas condiciones pueden resultar estimulantes ya que darán sentido a todo el trabajo realizado como lo menciona la persona Docente 2. Pero, Alfaro (2014, p. 161) también explica que “mientras se ejecuta comienza una primera evaluación [...] no se espera a la fase de evaluación formal para determinar cómo responde la persona a los cuidados brindados”. Por tanto, esta etapa al ser materializada junto a la persona, da la posibilidad de valorar los efectos primarios del plan y hacer los ajustes necesarios para sacar el máximo provecho para todos, como lo refleja la persona Docente 3.

Resaltan nuevamente las etapas de planificación y evaluación como aquellas de las que poco se habla y se profundiza, quedando como oportunidades para ser mayormente investigadas.

En fin, a manera de cierre, se considera importante tener presente que las dificultades y facilidades en la aplicación de las etapas del Proceso de Enfermería está mediado por muchas variables y tratar de encasillar unas cuantas, resulta insuficiente. Por eso una de las personas docentes comenta:

“Pero yo creo que la dificultad de las diferentes etapas, este, va a depender de muchas cosas, verdad, sí depende de la organización donde vayas a estar trabajando, depende de las características del estudiante, depende de mis características personales” (Docente 1).

4.1.2.7 *La construcción de conocimientos asociados al Proceso de Enfermería de las personas docentes*

Todo lo planteado hasta el momento, responde al objetivo de identificar las concepciones con respecto al Proceso de Enfermería que tienen las personas docentes del Curso EE-0512 de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR). Estas concepciones están basadas en un sinfín de recursos que son necesarios de resaltar, como lo exponen dos de las personas docentes:

“Es una construcción de todos los días, básicamente [...] entonces ha sido una construcción yo creo que día a día porque todos los días cambia, siento que todos, si bien las etapas no cambian y permanecen, el dónde y cómo voy a construir cada una de las etapas, está en construcción constante, entonces, es ir reconstruyendo el conocimiento que tengo” (Docente 3).

“Muchas, han sido como muchas fuentes, muchas formas de tener esta información” (Docente 1).

El primer aspecto a relucir en el discurso de las personas docentes es su formación universitaria, ellos comentan:

“Bueno lo primero sería mi formación como estudiante en la Universidad de Costa Rica, en esta misma maya curricular” (Docente 2).

“Igualmente, ya cuando yo estaba en formación como estudiante nosotros también usábamos el librito NANDA a nivel de Hospital de Niños que tuve mi primer acercamiento” (Docente 4).

Por tanto, las personas docentes al profesionales en enfermería, recibieron en su formación inicial las primeras bases conceptuales sobre el Proceso de Enfermería. Esto coincide con lo que plantean Rifà, Rodríguez, Pérez, Lamoglia y Costa (2019, p. 34), quienes afirman que “los planes de estudio deben garantizar que los futuros

profesionales puedan adquirir los conocimientos y desarrollar las habilidades y las actitudes que permitan adquirir la competencia de razonamiento diagnóstico y la aplicación del proceso de atención de enfermería”. Ya que este se considera un “elemento indispensable para el desarrollo de la enfermería” (Campos, Jaimovich, Wigodski y Aedo, 2017, p.35).

Otro de los aspectos más destacados es la actualización constante que como profesionales tienen. La actualización está asociada a tres elementos: el acompañamiento con otros docentes, los procesos formativos impartidos por la Escuela de Enfermería y la indagación por interés personal.

Al hablar de las actualizaciones en el tema a través del acompañamiento con otros docentes, comentan:

“Yo me acuerdo que yo le pedí mucha ayuda a Noé y a Ana Laura después y con ellos es que he aprendido bastante y que con ellos es con los que he aprendido bastante” (Docente 2).

“[...] han ayudado un montón el acercamiento a personas que les gusta mucho este tema, entonces, es un día de café, un almuerzo, muchas veces, donde llegábamos y hablábamos de proceso, entonces se llegaba y se hacía como la evaluación de que era lo que estábamos hablando y que tan erróneo era lo que vos estabas consiguiendo en cualquiera de las etapas o cómo podía ir modificando tal cosa o si lo que dijo la profesora tal en la conferencia es aplicable a mí o si todas esas recetas que se dieron ahí se pueden tomar y se pueden aplicar o si solo algunas y si el no poner todas esas pautas hacen también proceso; más o menos” (Docente 3).

“Creo que inicio tengo que reconocer... creo que toda esta situación nace con Elena Mora, cuando ella era coordinadora de módulo y empieza a ver precisamente la parte de valoración, verdad, ¿cómo debemos valorar?, ¿los instrumentos que hay?, que no debemos de estar inventando historiales y todo eso. Posteriormente a eso, las otras capacitaciones que fuimos teniendo, ya cuando vinieron los doctores, que

vinieron a profundizar otro tipo de situaciones, precisamente esto del NNNConsult, verdad, el manejo de la red de razonamiento, cómo se establece un diagnóstico, ahí fue en esa capacitación donde logramos entender que a través de una etiqueta se podían abordar otras, y la parte prioritaria y secundaria y demás. Yo creo que esas han sido las capacitaciones” (Docente 4).

“Estando en contacto con profesores y profesoras de mucha experiencia; pidiendo y obteniendo mucha realimentación por parte de los estudiantes y por parte de los profesores [...] Yo, además fui parte de la Comisión de Currículo, ahora es Comisión de Docencia, ahí aprendí mucho también con profesoras de mucha experiencia y muchísimo conocimiento” (Docente 1).

Los cuatro docentes concuerdan que el acompañamiento de otros compañeros de trabajo ha sido clave en la construcción de los conocimientos asociados al Proceso de Enfermería. Esto podría enmarcarse desde las trayectorias formativas, entendidas por Nicastro y Greco (2009) como:

Un acto de intervención que permite abrir un espacio de terceridad, en el cual se apela otro y a otros, a textos, a desconocidos, a la letra escrita por otro, a la propia letra, para poner en cuestión, para reflexionar, para pensar y co-pensar, siempre generando condiciones para que esto ocurra que (...) tienen que ver con la confianza, el saberse pensado por otros y el reconocimiento [...] En síntesis, un espacio de intercambio, no necesariamente ligado en todos los casos a la demanda, al pedido de auxilio, sino el ir al encuentro de las buenas prácticas, de las preguntas que ayudan a seguir pensando. (Nicastro y Greco 2009, p. 117)

Es decir, el acompañamiento entre docentes ha favorecido positivamente la creación de espacios informales, para reflexionar sobre sus prácticas, como bien se apunta en el comentario de las personas Docentes 2 y 3 y también de algunos otros espacios más formales como lo reflejan las personas Docentes 4 y 1.

Esto también podría ser comprendido como parte del aprendizaje entre pares, el cual es definido como:

Una estrategia de formación continua entre docentes con necesidades y objetivos similares que se reúnen periódicamente para compartir sus saberes pedagógicos, analizar sus experiencias de trabajo en el aula, discutir concepciones y creencias, apropiarse de nuevos conocimientos y formas de trabajo con los alumnos, en la perspectiva de re-construir el saber docente. (Cerdas, 2005, citado por Barrera, 2008, p. 14)

Esa reconstrucción del saber docente -entendido como un saber plural (Tardif, 2004)- es una necesidad permanente en la actualidad, que puede ser atendida gracias a esta estrategia que favorece la conformación de grupos de aprendizaje en donde se incrementan los niveles de empatía y confianza mutua, por lo que apoyan los procesos de desarrollo profesional (Barrera, 2008).

Este tiempo de apoyo entre colegas, de alguna manera informales, fueron valiosos para las personas docentes; pero, además en los espacios formales gestados desde la Escuela de Enfermería se han dado insumos importantes, lo apuntan así:

“En la Escuela siempre nos pasan dando capacitaciones ¿verdad? de cómo hacer..., creo que esas capacitaciones y actualizaciones nos han ayudado mucho también a comprender cómo debe ser la mediación pedagógica ¡verdad!” (Docente 2).

“Las últimas capacitaciones, algunas cosas, es que se vuelve a repetir lo mismo para mí, es como ok verificar que realmente comprendí lo que había comprendido, pero no hemos avanzado a más allá” (Docente 4).

“Y después con los diferentes, las diferentes capacitaciones que se dan han ayudado un montón” (Docente 3).

Ante ello, es preciso afirmar los procesos formativos han sido bien valorados por las personas docentes en cuestión. Esto puede estar ligado a que la Escuela de Enfermería atendió una necesidad real y oportuna, en donde se establecía una relación de ganar-ganar. Reverter, Alonso y Molina (2017) afirman que la formación de las personas docentes universitarios es un reto que debe ser asumido como parte del papel de las instituciones y debe responder no solo a sus intereses, sino también debe considerar las apreciaciones del personal docente. Además, dichas formaciones utilizan como elemento motivador y de utilidad, que sean desarrolladas en grupos disciplinares que buscan objetivos similares y que luego puedan aplicar lo aprendido de forma inmediata con sus estudiantes, garantizando la autonomía dentro de los equipos de trabajo.

Siguiendo con la actualización, pero desde la indagación por interés personal se encuentran comentarios varios, los cuales son representados por los siguientes:

“Leyendo mucho, creo que eso es lo principal, leyendo muchísimo sobre proceso por diferentes fuentes de información y de diferentes espacios culturales inclusive [...] La actualización, día a día, eso es un tema de estudiar y estudiar, pero es un tema que sí es importantísimo de conocer” (Docente 1).

“Y es cuando sale lo del libro este de las peruanas, esos fueron mis primeros pasos [...] A través de esas capacitaciones donde me han invitado a profundizar más, tengo muchos libros relacionados con eso que tengo que estar revisando constantemente” (Docente 4).

Este aspecto está determinado por la motivación personal y el deseo de profundizar en el tema, cuestión que debiera caracterizar a las personas docentes universitarios, es decir, la voluntariedad de la formación, ya que, según Reverter, Alonso y Molina (2017) la necesidad de formación no puede ser fruto de una deficiencia propia, ni puede ser una tarea a abordar en solitario, sino que debe considerarse un reto que responde a contexto educativo y a una necesidad institucional.

Por último, se mencionan otras formas de adquirir conocimientos asociados a la experiencia laboral como profesionales de enfermería y como docente.

“Ya con el pasar de los años ya uno lo hace totalmente diferente, porque tiene talvez otros tipos de conocimientos” (Docente 2).

“Y después también viene a pesar mi experiencia [...]Tuve la oportunidad de trabajar en un hospital privado [...] siento que por muchos años pude aplicar la teoría como yo la había aprendido en la universidad eso me dio mucho” (Docente 2).

Ahora bien, la adquisición de conocimientos asociados al Proceso de Enfermería es una construcción diaria como bien lo plantea la persona Docente 3, por tanto, debe existir la conciencia de que el cambio es una constante que exige la actualización permanente y la apertura a aceptar que es un factor clave para el óptimo desarrollo de las organizaciones (Reverter, Alonso y Molina, 2017).

4.2. EL CONTEXTO DONDE SE DESARROLLAN LAS PRÁCTICAS DOCENTES

En este apartado se mostrarán los hallazgos más destacados para comprender el contexto el que la persona docente gestiona el proceso de enseñanza relacionado con el Proceso de Enfermería en el Curso EE-0512/Módulo 6: Intervención de Enfermería con la adultez mayor.

Es preciso recordar que el curso en cuestión es de tipo modular, con 11 créditos, lo que implica, un aproximado de 25 horas semanales distribuidas entre un día de teoría (en el aula universitaria) y tres de práctica (en campos clínicos). Los campos clínicos tienen dos enfoques, uno hospitalario y otro comunitario, este último es el de interés para esta investigación. El área comunitaria se desarrolla específicamente en Centros Diurnos para personas adulta mayores, Hogares de Larga Estancia, las casas de personas adultas mayores enlazados a la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores de un cantón josefino y en Organizaciones enfocadas a la atención de personas con consumo de sustancias psicoactivas.

4.2.1 Escenario de práctica docente en campos clínicos del curso EE-0512

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2021) la palabra *escenario* es aquel “lugar en que ocurre o se desarrolla un suceso”. Por tanto, los escenarios de práctica docente en campos clínicos son aquellos que involucran una práctica supervisada en atención de pacientes con la guía del personal docente (Maroto, 2017, p. 2) donde se desarrollan experiencias propias del rol profesional (Hernández, Illesca y Cabezas, 2013, p.132) y que implican una interacción constante entre la persona docente clínico, el estudiantado, el usuario de los servicios de salud y otros profesionales que contribuyen a satisfacer la demanda asistencial (Hernández, Illesca y Cabezas, 2013).

En Costa Rica hay diversidad de recursos e instituciones en las cuales las personas adultas mayores pueden recibir apoyos y servicios, las cuales son reguladas por el

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) como ente rector en materia de envejecimiento según lo establece la Ley 7935 (Ley Integral para la Persona Adulta Mayor). Por tanto, se pueden destacar tres modalidades: los Hogares de larga estancia, los Centros Diurnos y la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores. Cada una tienen alcances y objetivos diferentes, están dirigidas a poblaciones con características particulares y tienen sus propias estructuras y normativas.

Es en esas tres modalidades donde se encuentran los escenarios de práctica docente en campos clínicos, por lo que, cada docente junto a su grupo de estudiantes, interactúan con las personas adultas mayores (y sus familias en algunos casos) y con el personal de las instituciones para así desarrollar diversidad de actividades enmarcadas en el Proceso de Enfermería.

Por la naturaleza del curso EE-0512, la Escuela de Enfermería ha establecido vínculos con estas instituciones que brindan servicios de atención integral para las personas adultas mayores, para que funjan como campos clínicos que permitan el desarrollo de actividades para el cumplimiento de los objetivos del curso y al mismo tiempo ser y generar aportes concretos y valiosos para las organizaciones y sus beneficiarios. Para ello, la Coordinación del curso, establece un cronograma de trabajo en rotaciones, es decir, cada docente con su grupo de estudiantes tiene una distribución semana a semana de los lugares de campo clínico a los que tiene que asistir.

Al escuchar a las personas Docentes 1, 2 y 3 hablando de sus rotaciones en el Hogar de Larga estancia, mencionaron lo siguiente:

“Voy a referirme talvez a la última experiencia que tuve entonces, que fue en el Hogar [... HLE1...] bueno diay se ubica en [un cantón josefino], es un hogar de larga estancia para personas adultas mayores” (Docente 1).

“El hogar al que yo asisto se llama el Hogar [...HLE2...]. Este hogar está ubicado en [un cantón herediano], acá en Heredia” (Docente 2).

“El Hogar [... HLE3...] es un hogar de larga estancia que se encuentra ubicado en [un cantón cartaginés] de Cartago, es un lugar de fácil acceso” (Docente 3).

Los Hogares de Larga Estancia para Personas Adultas Mayores son hogares de ancianos, con o sin fines de lucro, privados, que ofrecen servicios de higiene personal, apoyo en actividades de la vida diaria, alimentación, rehabilitación, recreación, nutrición, estimulación mental; estos cuentan con una junta directiva o gerencia, un coordinador administrativo y la respectiva persona encargada del cuidado de las personas con la finalidad de ofrecer una atención y un ambiente de seguridad de pertenencia y protección durante las 24 horas (Decreto Ejecutivo No. 37165-S).

Como se puede observar estos Hogares de larga estancia están ubicados distintas zonas del Gran Área Metropolitana; el HLE1 es uno de los 23 hogares de San José que reciben apoyo económico del CONAPAM. El HLE2, es uno de los 7 hogares que hay en la provincia de Heredia y el HLE3 es uno de los 6 existentes en Cartago (CONAPAM, 2021).

Cada Hogar de Larga Estancia cuenta con condiciones y características únicas a las que la persona docente debe hacer frente. Ellos describen estos tres Hogares como escenarios de práctica docente idóneos para desarrollar Proceso de Enfermería y para cumplir los objetivos del curso EE-0512, lo expresan así.

“Vamos a ver, los escenarios en los que estamos, vuelvo a pensar que son ideales para que ellos puedan cumplir los objetivos, tengo los adultos mayores, tengo un sistema administrativo de gran apertura, tengo un lugar donde las cosas se dan como librito de texto, entonces ¿qué me puede fallar?” (Docente 3).

“Este hogar sí se presta muchísimo para hacer el proceso de enfermería completo [...] ves entonces el proceso sí, sí se hace también, solo que entonces lo hacemos con las personas que nos indiquen, que nos refieran o ahí mismo uno va detectando situaciones” (Docente 2).

Las razones por las que son catalogados como idóneos se debe a la apertura de la institución y del personal, a las muestras de respeto, credibilidad y aceptación hacia la labor realizada y también por las condiciones físicas como espacio, iluminación, privacidad para la gestión del proceso de enseñanza realizado por las personas docentes. Esto lo podemos ver en las siguientes afirmaciones:

“Por la apertura que tenemos, eee..., este si..., sobre todo la apertura se nos brinda ya como, no sé, yo siento que ya nos tienen como la confianza, el respeto también, ya nos hemos ganado como ese respeto a la administradora, enfermería también muy importante, y ellos, este, como que sí les dan mucho valor a todas las recomendaciones siempre que hemos hecho o a todas las actividades que realizamos, entonces sí nos esperan ¡verdad! [...] el hogar me permite por ejemplo me permite un espacio físico para trabajar con los estudiantes ¡verdad!, cosa que siempre andamos como luchando con eso. Y nos respetan también eso que si les decimos bueno hoy a las 9 vamos a empezar la actividad, entonces esos días usted los ve que están más apurados para que ya los señores y señoras estén listos para empezar la actividad” (Docente 2).

“Bueno tiene un espacio físico muy acorde a las necesidades y tiene diferentes salas o diferentes salones que permiten o facilitan mucho la interacción de la persona adulta mayor con el estudiantado y nos permite desarrollar las actividades; como docente me permite trasladarme fácilmente este... en los diferentes puntos donde ellos se encuentran reunidos, [...] una buena iluminación, es un lugar muy silencioso, este... los funcionarios dan mucha confianza nos dan el espacio y la privacidad que necesitamos para poderlo aplicar de la mejor manera. La parte administrativa vela por esa privacidad también y nos ofrecen las instalaciones en el sentido de que, si ocupamos hacer alguna valoración específica y si requerimos una camilla, nos facilitan el espacio donde haya una camilla” (Docente 1).

“Que se cuentan con dos aliados muy importantes, tenemos la apertura por parte de la institución, se tiene una credibilidad por parte de la administradora, ellos creen en el trabajo que se hace y reconocen el trabajo que se hace, ok. A partir de

ahí nos da..., uno llega y pide y ya te da tarjeta verde para que uno pueda, te abre las puertas y usted puede trabajar porque necesitamos ayuda. Entonces tenemos la posibilidad de trabajar en cualquier parte [...] entonces eso te ayuda a poder ir trabajando desarrollando objetivos. Al estar de acuerdo la administradora, el equipo está de acuerdo y te coopera y te coopera con todo lo que necesites, preguntas, expedientes, laboratorios [...] una apertura total por parte de todos los que trabajan en el hogar” (Docente 3).

La idoneidad de este escenario de práctica docente referida por las personas docentes coincide con lo planteado por Guzmán en el 2013 cuando al investigar sobre la gestión curricular de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR), en el apartado de campos clínicos, se determinó que estos eran idóneos, en palabras de uno de las personas docentes participantes de dicho estudio se reporta: “yo pienso que sí son los idóneos, los estudiantes pueden realmente planear, implementar, diagnosticar, evaluar. Todo eso lo puede hacer el estudiante” (Guzmán, 2013, p.8). Esto permite pensar que con el pasar del tiempo, la escuela de Enfermería ha sostenido adecuadas prácticas en la selección de los escenarios de práctica docente, por lo que dicho resultado sigue siendo positivo.

Continuando con los Centro Diurnos debemos diferenciarlos con los Hogares de Larga Estancia por varias razones. Estos son definidos como establecimientos de atención diurna para personas adultas mayores, quienes deben tener un nivel físico funcional acorde con su edad, ahí se les ofrecen servicios de alimentación, actividades recreativas, ocupacionales y de estimulación mental y física (Decreto Ejecutivo N° 29679-S), por tanto, las personas adultas mayores viven en sus casas y se trasladan durante la semana al centro para ser partícipes de los beneficios que otorgan. Las personas adultas mayores deben tener un grado de independencia en las actividades básicas de la vida diaria ya que no se cuenta con personal profesional para prestar cuidados asistenciales.

Al indagar sobre los Centros Diurnos como escenarios de práctica docente, comentan:

“El centro diurno está ubicado en Tibás, entonces voy a dos cantones diferentes totalmente ¿verdad? el ambiente entonces en Tibás este centro diurno si está un poco más alejado del centro, ahí es un punto estratégico, también en el sentido de que es una calle que no es tan transitada, se parece a una casa entonces al principio cuesta llegar porque no tenían un rótulo, ya ahora sí tienen un rótulo por aquello, se llama [...CD2...] ... eee, [...] El año pasado había 28 personas” (Docente 2).

“El centro diurno se encuentra en San Blas, es un lugar, es un centro que fue o que está en manos o que es de la municipalidad” (Docente 3).

“Bueno podría hablarte de [... CD1...], pero ahí, este, no sé, es menos agradable hablar de este centro diurno” (Docente 1).

Como se puede observar estos Centros Diurnos también están ubicados distintas zonas; la persona Docente 2 y la persona Docente 1 se trasladan a la provincia de San José, donde se registran otros 20 Centros Diurnos más. La persona Docente 3 se mantiene en Cartago, donde se encuentran otros 7 centros prestando servicios (CONAPAM, 2021).

En este escenario de práctica docente, dos docentes refieren estar en lugares idóneos y un docente explica que las condiciones no son las mejores, esto lo podemos ampliar al leer los comentarios realizados:

“Sí este... ahí igual, vieras que ahí no tenemos ningún problema [para hacer Proceso de Enfermería] porque ese lugar, yo creo, que es uno de los más viejitos, verdad, que tenemos en el módulo, de campo clínico, porque ellos me hablan, se acuerdan siempre de [Profe 1], La profesora [Profe 2], luego estuvo yendo [Profe 3] antes de mí, y luego yo ya tengo como 4 años, los 4 años de estar en comunidad de estar yendo ahí. Entonces creo que ellos están muy familiarizados con nosotros, con lo que hacemos [...], entonces ese tipo de cosas yo creo que facilitan muy bien, nos reciben muy bien, ahí tenemos también mucho espacio físico, ¿verdad? tenemos ese salón y afuera en la parte de atrás también hay un espacio como una

explanada grande, también hay mesas, también entonces casi que la mayoría de las actividades las hacemos ahí, también para que no estén solo adentro sino que los sacamos afuera y todo, y es bastante bonito, ahí también nosotros cuando llegamos, ahí hacemos las preclínicas, la post clínica ahí este..., incluso nos dan almuerzo, pero creo que a la larga es como una motivación para los estudiantes ¿verdad?, porque ellos sienten como “bueno, que dicha, de verdad que aquí nos reciben...nos esperan” y eso también a la larga es importante para desarrollar el proceso [...] Ahí...ahí no hay como te digo no hay ninguna dificultad [para hacer Proceso de Enfermería], doña [Persona Administradora 2] ella permite que nosotros escojamos con cuáles usuarios vamos a trabajar lo del proceso [...] Es uno de los lugares que a pesar de que sea muy antiguo de ir ahí en campo clínico, es muy rico, se sigue manteniendo...se presta para eso, además, siempre nos encontramos personas nuevas ¿verdad? todos los años” (Docente 2).

“Sí pueden, te lo prestan igual, uno llega y si el salón es muy pequeño y uno piensa “no puedo hacer actividades con mucho movimiento porque no tengo espacio”, nos dan el permiso de sacar las mesas, de subirlas, de quitarlas y de hacer nuestro espacio, el espacio que nosotros necesitamos [...] Entonces, sí tenemos la apertura por parte... de mover, quitar, sacar, de dar temas especialmente los de salud sexual” (Docente 3).

“Es un centro diurno que, yo de hecho, recomendé no darle continuidad para efectos del módulo, sino más bien recomendé buscar un escenario más adecuado para la parte formativa de los estudiantes eee posterior a un informe detallado. [...] El espacio físico era muy reducido, tenía mucho ruido, estaba ubicado sobre la carretera principal donde transitaban trailers todo el día... bueno de las personas adultas mayores ahí no tengo ninguna queja ¡verdad! sumamente participativas, sumamente colaborativas, eee... Pero el espacio físico si muy reducido, no había un lugar específico donde pudiéramos analizar los casos de manera como más tranquila eee... Un poco la parte también actitudinal desde el punto de vista administrativo; este... si se complicaba un poco. La ubicación geográfica era complicada un poco para muchos de los estudiantes [...] sí había también

disposición para la mayoría de los temas que se pudieran desarrollar, solo que las intervenciones ahí sí tenían que hacerse en su gran mayoría de manera grupal ¿verdad? al no haber un lugar específico donde trabajar de manera individual con las personas adultas mayores” (Docente 1).

A través de estos comentarios se puede denotar como características determinantes: el espacio físico, y la apertura, flexibilidad y apoyo por parte del personal y de las personas adultas mayores, para desarrollar las actividades programadas. Estas coinciden con las características de idoneidad de las que hablaron las personas docentes al referirse al escenario de práctica docente en Hogar de Larga Estancia.

Esto es importante ya que, según Canales, Leyva, Luna y Rueda (2014) la evidencia de las investigaciones señala que los elementos contextuales y situacionales pueden facilitar o dificultar la labor del profesorado, así como el aprendizaje del estudiantado. Por tanto, considerar estas características, permite comprender que la enseñanza de calidad no es exclusivamente responsabilidad individual del profesorado y que la práctica docente no se realiza en el vacío (Jornet, 2012), sino más bien se desarrollan bajo la influencia interrelacionada de diversas condiciones y actores que son corresponsables de obtener resultados exitosos (Rueda, Alonso, Guerra y Martínez, 2014).

Al pensar en el tema de contexto en su nivel micro, Canales, Leyva, Luna y Rueda (2014) contemplan las características de las personas docentes, del estudiantado y las condiciones institucionales como indicadores necesarios de evaluar, pero al hablar específicamente de las instituciones de educación superior, centran su atención en que las condiciones del aula afectan la práctica docente. Miranda (2018) explica que la buena infraestructura se relaciona con diseños arquitectónicos de calidad, con adecuada iluminación, ventilación, temperatura y conectividad en las aulas, así como con otros espacios adicionales de la escuela como laboratorios o auditorios. Cabe apuntar, que el aula es pensada desde la visión tradicional, pero en la formación en enfermería muchas de las experiencias de aprendizaje se desarrollan en las más diversas realidades, pero

existe muy poca literatura que analice en detalle este componente y sus efectos en los procesos de enseñanza y aprendizaje.

Al respecto Uriarte, Ponce y Bernal (2016) mencionan que, a nivel hospitalario, las prácticas clínicas siguen siendo un recurso muy valioso en la preparación del estudiantado de enfermería, y éstas se desarrollan en un contexto social complejo; a pesar de ello, la satisfacción se hace presente cuando se crea un ambiente positivo, generado por relaciones interpersonales buenas, con respeto mutuo y confianza. Es en estos espacios donde, además, se da la adquisición de aptitudes y actitudes necesarias para una correcta metodología de trabajo enfermero (Rodríguez, 2019).

En esta misma línea, Rodríguez (2019) menciona que las relaciones entre estudiantes, profesores y otros profesionales deben mantenerse en equilibrio para contribuir en el desarrollo de un positivo ambiente de aprendizaje clínico, lo cual se asocia con una mayor confianza, satisfacción y preparación del estudiantado.

No obstante, a nivel comunitario (coincidente al contexto de esta investigación), no se logró conseguir información específica, ya que las investigaciones asociadas a los procesos formativos en enfermería están centradas en instituciones sanitarias, es decir, entornos hospitalarios. Esto solo refleja la escasa importancia que se le ha dado en las investigaciones al contexto dentro de ambientes no tradicionales y al mismo tiempo, la gran oportunidad para hacer de esta área, un nicho de investigación en la docencia universitaria enfermera.

Por otra parte, siguiendo con los escenarios de práctica docente en campos clínicos, se destaca la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores, de la siguiente manera:

“La visita domiciliar se desarrolla con una institución, bueno, con el Hogar [HLE1] que administra una red, entonces, la visita domiciliar se realiza con las personas adulta mayor que pertenecen esa red de atención progresiva para el cuidado de la persona adulta mayor que administra el Hogar [...HLE1...] [...] (Docente 4).

La Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores es entendida como una estructura social compuesta por personas, familias, grupos organizados de la comunidad, instituciones no gubernamentales y estatales que están conectadas por acciones, intereses y programas, los cuales procuran garantizar el adecuado cuidado y satisfacción de necesidades a las personas adultas mayores del país, con el fin de proporcionar una etapa de la vejez con calidad de vida (Decreto ejecutivo N° 36607-MP).

Esta modalidad de atención es completamente diferente a las dos anteriores, pues no reúne a las personas en un lugar físico sino más bien se acerca a ellas (en los lugares de residencia) para dar respuestas escalonadas a las diversas necesidades de la población adulta mayor que están en estado de pobreza, pobreza extrema, carentes de redes de apoyo, dependencia y/o en riesgo social (CONAPAM, 2013).

Es por esto que la rotación de Visita Domiciliar del curso EE-0512, está inmersa en la labor realizada por una Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores de un cantón de San José, que como bien lo señala la persona Docente 4, es administrada por el Hogar [HLE1], mismo en el que participa la persona Docente 1 en la rotación de Hogar. La persona Docente 4 explica en qué consiste la experiencia desarrollada y las condiciones que tiene este escenario de práctica docente:

“[...] entonces nosotros visitamos a las personas adultas mayores que son parte de esa red que lidera o coordina el Hogar [...HLE1...], entonces nosotros salimos en una buseta de la Escuela de Enfermería para hacer toda esa parte de reconocimiento del lugar. Bueno el estudiante llega ahí al escenario, tiene que hacer una firma, registrarse en un libro, ahí esperamos que nos asignen el lugar para hacer la parte preclínica, construyendo de alguna forma o socializando al estudiante que vamos ahí porque realmente la red está siempre administrada por ese hogar” (Docente 4).

“Y en la comunidad hay diferentes escenarios, entonces yo podría decir que la visita domiciliar se hace en un escenario completamente abierto, a veces yo tampoco conozco muchos de los casos, conozco los de seguimiento, pero hay otros que día y vamos a ver que nos encontramos ¡verdad! entonces es muy curioso porque dentro de las descripciones a veces dice una casa de color naranja esto y lo otro y uno tiene que ir con la buseta precisamente a identificar esa casa, en particular hemos ido a barrios céntricos, [...], entonces como decía, es un escenario abierto, de sorpresas, donde podemos encontrar miles de situaciones: una de ellas por ejemplo, llegamos a una casa donde está la persona adulta mayor en el primer cuarto y ahí en esa casa viven 14 personas, entonces, y el principal ingreso es la persona adulta mayor; a como hemos ido ahí mismo a 100 metros, una persona que vive sola y la red es más bien quien le alquila este lugar, le da la alimentación y si no fuera por la red ella no estuviera las condiciones de calidad que tiene. Entonces es un escenario completamente variado, igual podemos ir a uno de los asentamientos con características completamente diferentes, de inseguridad con limitaciones sociales, conflictivas, donde no hay ingreso de servicios públicos, etc., entonces es digamos un escenario bastante diverso” (Docente 4).

En el primer comentario se puede ver que una parte del escenario de práctica docente en Visita Domiciliar se desarrolla en el Hogar de Larga Estancia, ahí se cuenta con un espacio físico donde se introduce y contextualizan las demás actividades a realizar durante la rotación. Con ello, se le muestra una perspectiva diferente al estudiante, ya que la Red no es una organización o lugar físico, sino un conjunto de actores sociales que son orquestados y liderados por la jefatura del Hogar de Larga Estancia. También, se visualiza la importancia de responder a las normas que tiene establecido el Hogar (como firmar el libro de control de asistencia) y al mismo tiempo, los beneficios que ofrecen (un lugar para la preclínica).

En el segundo comentario se amplía la parte del escenario que se desarrolla directamente en las casas de las personas adultas mayores en la comunidad del cantón josefino. La persona docente cataloga el escenario de práctica docente como un escenario abierto, es decir, con un alto grado de imprevisibilidad en las condiciones en

las que se desarrollarán las experiencias formativas. Este aspecto no es considerado como un factor negativo por la persona docente pues considera que el estudiantado, por ser de último año, ya debería poder manejar tal nivel de complejidad y que el elemento sorpresa es una realidad en el ejercicio profesional. Esto lo podemos evidenciar cuando dice:

“Para mí es súper, excelente, no solamente de ese factor sorpresa, verdad, que uno tiene, sino precisamente porque al estar inmerso en este escenario podemos decir que el objetivo general del módulo se cumple, entonces por supuesto que yo creo que a pesar de ese factor sorpresa, ese factor sorpresa, realmente nos pone en una situación real, es decir, vamos como profesionales a un escenario y vamos a ver que nos encontramos, con una valoración previa que es la del expediente, pero queee porque voy organizada con los roles, como decíamos, para poder realmente comprender in situ qué es lo que está sucediendo, verdad. Entonces yo creo que es un escenario maravilloso para... al estudiante hasta el momento le ha encantado”
(Docente 4).

En contraste, con los escenarios de práctica docente de Hogar de Larga Estancia y Centro diurno, donde las personas docentes resaltan las condiciones físicas del lugar como elemento indispensable para facilitar el logro de los objetivos; en el escenario de práctica docente de Visita Domiciliar se valora como un aspecto neutro, pues es un factor más con el que se trabaja y se aprovecha como parte de la experiencia de aprendizaje.

No obstante, es importante señalar que la imprevisibilidad o el factor sorpresa que deriva de las situaciones reales a la que docentes y estudiantes son expuestos, representan un reto y una oportunidad al mismo tiempo, ya que como lo proponen Uriarte, Ponce y Bernal (2016, p. 173) “la experiencia en el campo clínico ofrece a el estudiantado de enfermería la oportunidad de combinar habilidades cognitivas, psicomotoras, afectivas y para resolución de problemas; permite desarrollar competencias, la aplicación de conocimientos, habilidades, actitudes y valores a situaciones clínicas”. Por tanto, estas experiencias pueden generar, según Moreno, Nelly

y García (2013) un alto nivel de estrés para el estudiantado y para la persona docente; sin embargo, estos últimos son quienes deben demostrar capacidades que faciliten en el estudiantado el desarrollo de habilidades para otorgar cuidados de calidad. Es por esto que las vivencias en los escenarios de práctica docente en campos clínicos “sigue siendo medular para la preparación profesional de los alumnos” (Uriarte, Ponce y Bernal, 2016, p. 173).

Por todo lo anterior, se puede considerar que los escenarios de práctica docente en los Hogares, en los Centros Diurnos y en la Visita Domiciliar son muy variados y la vez, complejos, las condiciones son únicas para cada lugar y momento, y no están supeditadas exclusivamente a la relación docente-estudiante, sino que existe una amplia gama de factores interrelacionados con otras variables. Por eso, Canales, Leyva, Luna y Rueda (2014) exponen que la comprensión del papel concreto del contexto de cada institución abre la posibilidad de diseñar estrategias que permitan un desarrollo óptimo de la docencia en beneficio de las nuevas generaciones de estudiantes.

4.2.2 Otros sujetos participantes en el proceso de enseñanza

Al continuar con el análisis del contexto dónde se desarrollan las prácticas docentes de los sujetos de investigación, es preciso retomar las figuras protagónicas involucradas. Según Álvarez, Ortiz y Pérez (2018) los procesos de enseñanza en las carreras del área de la salud, se llevan a cabo en un ambiente clínico mediante una triada conformada por el tutor-estudiante-paciente. Esto lo que deja entre ver es la complejidad del proceso de enseñanza y aprendizaje en el que están inmersos, ya que no solo se deben considerar las necesidades del estudiante, sino también los requerimientos que tiene la persona atendida, quien a veces posee expectativas disímiles a las que se pueden lograr en la atención ofrecida; pero, además, la persona docente debe desempeñar dos papeles simultáneamente: de docente y de clínico (Maroto, 2017).

Siguiendo esta idea, al referirse a las personas adultas mayores con las que interactúan docentes y estudiantes del curso EE-0512, las personas docentes expusieron algunas características:

“Bueno están las personas adultas mayores, que son las personas con las que interactuamos ya directamente en el desarrollo del proceso, este... di que son las que están en el centro del proceso como tal [...] son sumamente colaborativas [...] La población adulta mayor que asiste a este hogar específico viene de contextos tan heterogéneos ¿verdad?, pero podemos esperar cualquier cosa; historias de vida que hacen que las personas sean más receptivas que otras, personas que no quieren comunicarse del todo con uno, personas que tienen deterioro cognitivo, personas que están deseosas, pero con un hambre de hablar y de ser escuchados entonces eee... ahí uno tiene que ir preparado” (Docente 1).

“Son un amor, ellos, son un amor... más o menos..., si llegaste y les caíste bien, te abre las posibilidades de trabajar con ellos y si llegaste y les caíste mal no hay quien los arranque [...] creo que el adulto mayor capta muy bien cuando el estudiante es prepotente, y qué sé yo, entra y ni siquiera saluda, esas cosas que el adulto mayor percibe y te cobra caro, ellos son los que nos están dando la entrada, nos están dejando que construyamos juntos algo, ese ingreso, esa reacción que tienen al ingresar el estudiante es básico en ese proceso sino ellos no trabajan, definitivamente no se va a poder implementar nada [...] ese primer encuentro con los adultos es esencial para que no te saboteen y sin ellos no hay ejecución, o sea, se terminó, todo muy bonito en un libro, todo lo que es valoración muy bellos, unos diagnósticos hermosos y una planeación, pero simplemente no se pudo ejecutar y por más que busque no lo va a lograr” (Docente 3).

En general, las personas docentes en sus discursos resaltan que las personas adultas mayores son muy colaboradoras y están receptivas a las intervenciones que se desarrollan con ellas; un aspecto favorecedor es que algunos tienen mucha necesidad de ser escuchados y de compartir con otras personas fuera de su círculo habitual, por lo cual la presencia de la persona docente junto al grupo de estudiantes se torna una

oportunidad para esta población, y se aprovecha bilateralmente de manera positiva. Ramírez y Müggenburg (2015) señalan que, en el contexto de los Hogares para personas adulta mayores, las relaciones interpersonales en gran medida se limitan a la interacción con el personal de la institución, por lo que hay que estar atento a usar las formas de comunicación verbal y no verbal para atender a las necesidades de la población, procurando una comunicación asertiva que posea congruencia entre sentimientos, pensamientos y actitudes.

No obstante, la heterogeneidad es otra característica importante, ya que cada escenario de práctica docente es tan único que reúne en su interior la mayor diversidad de contrastes asociados a las experiencias acumuladas en años, en las historias de vida de quienes están ahí. Esto es apoyado por Brenes, Masís y Rapso (2020) al afirmar que las personas adultas mayores son un grupo poblacional de carácter diverso al igual que cualquier otro grupo poblacional, pero, pese a ello, sigue existiendo un imaginario social homogéneo y estereotipado donde se les caracteriza como personas enfermas, solas, deprimidas, feas, entre otras.

Dentro de la diversidad de características, en los dos comentarios citados anteriormente, se refleja que en ocasiones se experimentan dificultades asociadas a las condiciones físicas de las personas (como el deterioro cognitivo), lo cual está relacionado con el envejecimiento que se caracteriza por cambios y transformaciones producidos por la interrelación de diversos factores a lo largo de la vida, lo cual se puede manifestar en pérdidas del estado de salud, condicionantes del deterioro funcional, que conlleva a incapacidad, inmovilidad, inestabilidad y deterioro intelectual (Laguado, Camargo, Campo y Martín, 2017).

Se hace referencia, además, a las condiciones socioemocionales de las personas adultas mayores, las que, en ocasiones, no están dispuestas o no se logra establecer relaciones empáticas que favorezcan la interacción, lo que demanda habilidades interpersonales y comunicacionales efectivas por parte de las personas docentes y estudiantes. Es por esto que, Ramírez y Müggenburg (2015) explican que los profesionales en enfermería deben desarrollar habilidades para la comunicación efectivas y mejorar la relación

interpersonal a través del contacto visual, los movimientos o posturas, el uso efectivo del lenguaje y el uso del humor.

Por otra parte, en contraste con la triada propuesta por Álvarez, Ortiz y Pérez (2018) conformada por el tutor-estudiante-paciente, es preciso señalar que en enfermería, son muchos más los sujetos involucrados en las experiencias de enseñanza y aprendizaje, pues la persona receptora de cuidados, por lo general está rodeada de otros individuos, ya sean familiares, cuidadores, amistades, entre otras; o también otras personas que son parte de las instituciones en las que reciben apoyo, como en este caso el personal de los Hogares de Larga Estancia, los Centros Diurnos y la Red.

Al respecto las personas docentes comentan que son muchas las personas con las que interactúan en los escenarios de práctica docente, aparte de las personas adultas mayores, lo dicen así:

“[En el Hogar] Por ejemplo, la administradora, doña [Persona Administradora 1], le puedo hacer preguntas de alguna persona directamente y ella me las va a responder [...] Luego están las personas que componen el personal administrativo y de intervención del hogar o del centro como tal ¿verdad? [...] se ofrecen servicios de diferentes profesionales que atienden las necesidades de la persona adulta mayor directamente como enfermería, nutrición, medicina, trabajo social, terapia física” (Docente 1).

“[En el Hogar] Por ejemplo, [Profesional de Enfermería 2], ella es la enfermera, [...] ahí tenemos una nutricionista, en la cocina trabajan tres personas, hay una terapeuta física, está una administradora, hay detrás toda una junta directiva, ¿verdad? Entonces que muchas veces están ahí [...] Bueno también estos muchachos asistentes, digamos, ellos tienen que hacer labores de aseo y la parte asistencial o de cuidado directo de las personas adultas mayores... [persona colaborador 2] que es como el asistente de mayor tiempo de trabajar ahí, está muy empoderado” (Docente 2).

“[En el Hogar] Hay una enfermera de planta y hay tres auxiliares [...] Sí hay terapeuta físico [...] la que es una campeona es la de ocupacional” (Docente 3).

“[En el Centro Diurno] ahí está doña [Persona Administradora 2] que es la administradora y [Asistente 2] es la asistente de doña [Persona Administradora 2], una muchacha también bastante anuente y colaboradora [...] [Conserje 1] que es la señora que limpia [...] están dos cocineras de años de trabajar ahí, y ahora [Terapeuta 1], el terapeuta que son pocos días lo que va, entonces son como 7 personas el personal en sí que está contratadas [...] Ahí, hay una voluntaria, esa señora doña [persona colaboradora 1] se llama, o sea, todos los años de ir ahí está” (Docente 2).

“[En el Centro Diurno] Vamos a ver, como te dije está la trabajadora social, la administradora, la terapeuta, dos cocineras, una conserje y el chofer, con el único que no tenemos ningún tipo de relación, con todos los otros de una u otra forma nos relacionamos” (Docente 3).

“[En la Visita Domiciliar] Entonces son muchas personas, la trabajadora social que es la que nos entrega el caso y en la cual con anterioridad ya hemos conversado un poco sobre ese perfil y que más o menos podemos trabajar en el año [...] Bueno, digamos, doña [Persona Administradora 1] porque es la que habilita el espacio ¡verdad!, pero incluso hay una serie de personas involucradas, yo pienso que todo el personal del hogar, verdad, [Profesional de Enfermería 1] que es el enfermero, la de jardinería es la que nos guía al apartamento, hay un involucramiento de la muchacha la recepcionista, el recepcionista, todo el mundo involucrado, verdad, dentro de este proceso [...] en fin todas las personas de la misma red, que son IMAS, municipalidad... en la comisión de la red” (Docente 4).

“[En la Universidad] A nivel de la Universidad pues también hay muchas personas involucradas, dentro de la organización de la visita domiciliar, porque hay que pedir el transporte en el sistema, porque Audi tiene que autorizarlo, porque hay

que asignar el chofer, es decir, es gigante, o sea, la gente que se involucra en esta visita es gigante la cantidad de personas que están involucradas” (Docente 4).

Como se puede observar, cada escenario de práctica docente tiene sus particularidades, en la modalidad de Hogar es donde se interactúa con más personal, empezando por la encargada de la administración y sus colaboradores; diversos profesionales, entre ellos el enfermero o enfermera, y las personas que apoyan en la atención directa de las personas adultas mayores conocidos como asistentes. Por el contrario, los Centros diurnos cuenta con mucho menor cantidad de profesionales y personal en general.

Al respecto la normativa vigente en el país establece que es necesario que Hogares y Centros Diurnos cuenten con: asesoría de un técnico y/o profesional en seguridad e higiene laboral; un presidente de junta directiva; un responsable de la sección administrativa; personal de cocina y que exista acceso a nutricionista y terapeuta ocupacional. Para los Hogares debe, además existir: una persona profesional en medicina; una en enfermería o al menos un auxiliar de enfermería por turno; asistentes de atención en salud; un profesional en trabajo social; otro en terapia física; una persona voluntaria capacitada en las actividades de terapia física; una persona funcionaria responsable del servicio de lavandería o ropería (Brenes, Masís y Rapso, 2020). Por tanto, a manera general, se puede decir que se cumple con lo establecido en la normativa.

En el caso de las Redes de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores, la dinámica es heterogénea en las condiciones contextuales, en las capacidades de gestión, en su estructura, funcionamiento y organización; y en las condiciones y competencias de las instituciones involucradas (Brenes, Masís y Rapso, 2020). No obstante, en el caso de la Red del cantón josefino, la participación es variada como lo señala la persona Docente 4, ya que, al estar vinculada directamente al Hogar de Larga Estancia, todo el personal está inmerso en la dinámica, aquí la administradora, la trabajadora social y el enfermero son claves, pero al trabajar directamente en la comunidad, la cantidad de personas es basto.

Al preguntar si estas personas mencionadas influyen en el Proceso de Enfermería, todas las personas docentes afirman que sí, que todas tienen injerencia o impactan directa o indirectamente en la dinámica que se establece dentro del curso EE-0512. En su mayoría son considerados informantes claves, como parte de la etapa de valoración (fuentes secundarias, como ya se explicó) o como informantes que ayudan a contextualizar la realidad de las personas o las instituciones. También, colaboran en la logística lo cual facilita el aprovechamiento del tiempo y de la experiencia; y no menos importante, permiten al estudiante sentirse parte de la institución. Las personas docentes comentan:

“Sí, por ejemplo, influyen en el sentido... en la parte de valoración cuando hicimos la entrevista... o sea, para mí son claves [...] O sea, ellos se convierten en actores claves para el estudiante porque son los que están ahí, son los que nos dan la información, el hecho de llevarnos bien hasta con las personas que están ahí, asistentes, ellos ya se apuran en el sentido de que “vamos a tener más temprano hoy a las personas bañaditas, listas y todo porque ya ahora vienen los muchachos”, y hasta saben que a la larga ese día saben que ese día los señores y las señoras van a estar haciendo algo bonito, algo diferente, entonces salen de la rutina” (Docente 2).

“Absolutamente, eso multiplica los beneficios. Exponencialmente uno se da cuenta de todo lo que aprende gracias a la intermediación o gracias a los aportes que nos brindan las personas externas y además le permiten al estudiante sentirse parte de una organización ¡verdad! [...] Doña [Persona Administradora 1] , ella administra y nos da información muy importante sobre casos específicos; eee... las personas familiares de las personas adultas mayores nos dan información muy importante también” (Docente 1).

“Entonces juegan un papel primordial, son, digamos, informantes claves prioritarios [...] todos los actores son esenciales para que las cosas puedan irse en el mejor camino posible” (Docente 4).

Por otra parte, es preciso profundizar en el papel del profesional de enfermería que está presente en los escenarios de práctica docente, cómo ya se aclaró, solo en los Hogares de Larga Estancia, se cuenta con la presencia de enfermeros o enfermeras, siendo un elemento relevante a considerar.

La participación de los enfermeros o enfermeras en las experiencias de los escenarios de prácticas docente descritos, son las siguientes:

“Hablamos, por supuesto, con [Profesional de Enfermería 1] para coordinar todo lo que tiene que ver con la práctica, con la parte de administración de los expedientes, eee, para darnos a conocer y que [Profesional de Enfermería 1] también vea quiénes son los estudiantes y que los estudiantes conozcan a [Profesional de Enfermería 1] ¿verdad? Eee [...] El enfermero me colabora asignando los casos que pueden eee, con los que pueden trabajar los estudiantes según las características que yo le comuniqué [...] Se pueden dejar ciertas recomendaciones para que el enfermero le pueda dar continuidad” (Docente 1).

“Tratamos entonces de trabajar con las personas que [Profesional de Enfermería 2], ella es la enfermera, que [Profesional de Enfermería 1] nos refiere [...] Al tener el perfil de enfermería, hace mucho la diferencia ¡verdad! Entonces yo evidenciarles a los estudiantes de cómo está haciendo ese proceso [Profesional de Enfermería 1] [...] se les explica mucho, bueno, “¿cuál es el perfil de [Profesional de Enfermería 1], qué hace todo el día, qué aspectos podríamos mejorar, está haciendo proceso o no está haciendo proceso?”, [...] ella es muy empática y le gusta participar, ella saca el ratito y si no puede en la preclínica está en la post clínica, entonces ya nos cuenta con más detalle situaciones o nos pregunta [...] a mí me gusta mucho involucrarla para que los estudiantes no se lleven ese pensamiento o esa idea de que la enfermera solo está ahí curando y no, no, o sea, también tiene interés” (Docente 2).

“La enfermera no participa en rehabilitación ni en otra cosa, nada más que estar en el hospitalito [...] ella no considera que ese sea su rol, y es interesante porque

los estudiantes sí le dejaron en claro la importancia, cuando se entregó el informe, la importancia de que se involucre [...] pero eso es algo que a ella no pasa por la cabeza, para ella eso no es enfermería” (Docente 3).

Por lo tanto, se puede observar que, en dos de tres lugares, el profesional de enfermería tiene un papel protagónico, se involucra y colabora con el desarrollo del Proceso de Enfermería proporcionando información clave o algunos insumos necesarios; además muestra interés e interactúa con la persona docente y el estudiantado. No obstante, por el contrario, la persona Docente 3 señala que la enfermera no participa ni muestra interés a pesar de algunos esfuerzos realizados para involucrarla. Al respecto, Uriarte, Ponce y Bernal (2016) afirman que la figura de la enfermera del servicio, simboliza el apoyo y enseñanza en los escenarios clínicos y que las relaciones interpersonales que se pueden dar son fundamentales para el desarrollo de un ambiente de aprendizaje positivo. A pesar de ello, la persona Docente 3 afirma que esto no afecta el logro de los objetivos.

Por todo lo anterior, al considerar este apartado de los Otros Sujetos participantes del proceso de enseñanza con los que, docentes y estudiantes, interactúan en los escenarios de práctica docente, emerge la necesidad de considerar la importancia de las habilidades sociales, ya que Tapia y Cubo (2017) citando a Palomero (2009) y a Zabalza (2006) mencionan que las competencias sociales y emocionales del profesorado afectan sustancialmente el desempeño docente en el modo de ejercer la docencia y en las relaciones establecidas.

Según Tapia y Cubo (2017) las investigaciones de Barber & Mourshed, 2008; Fernández, Palomero & Teruel, 2009; Imbernón, 2006; Naranjo, 2007; Singh, 2004 confirman que cuando una persona tiene un buen nivel de desarrollo de habilidades sociales sus posibilidades de éxito son mayores a la hora de aprender y enseñar, de insertarse en su mundo social, de lograr una participación activa, de mantener relaciones interpersonales satisfactorias y efectivas, de mantener una buena salud mental y de desempeñarse eficaz y eficientemente en el campo laboral.

Por tanto, se ha propuesto un Modelo de Habilidades Sociales para el desempeño docente (Figura 18) que permite comprender las seis habilidades más relevantes según jerarquía.



Figura 18. Modelos de Habilidades Sociales para el desempeño docente, basado Tapia y Cubo (2017, p. 143).

Las seis habilidades sociales contenidas en el modelo citado, están enriquecidas por los siguientes conceptos (Tapia y Cubo, 2017):

- Habilidades empáticas y solidarias: empatía, solidaridad, ayuda, tolerancia, comprensión y confianza.
- Habilidades conversacionales: escuchar, conversar, comunicación, hablar y dialogar.
- Habilidades de autoafirmación: afectividad, autocontrol, expresión, asertividad y respeto.
- Habilidades de colaboración: interacción motivación, trabajo en equipo, responsabilidad, compromiso y colaboración.
- Habilidades para compartir: compartir, sociabilidad, amistad, relación, convivencia y participación.

- Habilidades de resolución de conflicto: conflicto, mediación, negociación y adaptación.

Siguiendo esta idea, las habilidades sociales son medulares para la enseñanza, el aprendizaje y la sana convivencia en el aula, por lo que la empatía, la solidaridad y la comunicación son las más relevantes (Tapia y Cubo, 2017). Por ello, para concluir con el apartado de contexto en el que se desarrollan las prácticas docentes, se analizarán los aspectos relacionados con la comunicación que establecen las personas docentes y los factores asociados.

4.2.3 La Comunicación en el proceso de enseñanza

La comunicación “es un proceso inherente a la relación humana” (José, 2016, p.5) y es entendida como “un proceso dinámico resultado de la interacción entre dos o más protagonistas inmersos en un contexto sociocultural” (Valverde, 2009, p.1), por medio de la cual se da “el intercambio de ideas, necesidades, informaciones, deseos, entre dos o más personas” (Maldonado, 2001, p.76).

La comunicación entendida como esa interacción entre los sujetos partícipes de los procesos de enseñanza y aprendizaje, en el contexto que ya se ha descrito, abre un sinfín de posibilidades, pues no se limita a la comunicación docente – estudiante, sino cada uno de estos con los otros sujetos involucrados en el proceso de enseñanza (las personas adultas mayores, personal profesional o no de las instituciones y de la comunidad).

Las personas docentes afirman que la comunicación en general es muy buena y es un elemento indispensable para el máximo aprovechamiento de las experiencias:

“Pero en general yo creo que se mantiene una buena comunicación, nuestros estudiantes en quinto año tienen una capacidad de comunicación en todo sentido ¿verdad? terapéutica y asertiva, ya lo han trabajado tanto que son pocas las veces que he tenido como alguna situación” (Docente 2).

“Entonces esa comunicación que existe entre docente y estudiante es muy importante, yo siempre les digo “¿me di entender?, verifiquen que lo que dije era lo que realmente yo estaba diciendo, porque la comunicación es esencial” (Docente 3).

“Creo que ese factor de comunicación es clave” (Docente 4).

La persona Docente 2 comenta que el estudiantado, por ser de último año, ya ha desarrollado habilidades de comunicación, tanto desde la asertividad como desde la interacción terapéutica. Esta afirmación puede estar asociada a que, dentro del plan de estudios de la Escuela de Enfermería, algunos cursos comprenden en sus contenidos ambos temas, como el curso EE0342 Taller de desarrollo personal y EE-0310 Relaciones interpersonales en Enfermería.

Con el tema de asertividad se puede mencionar que esta es comprendida como “la habilidad para intercambiar mensajes, haciéndolo de forma honesta, respetuosa, directa y oportuna” (José, 2016, p. 6). Se caracteriza por tomar en consideración el punto de vista de la otra persona; respetar sus opiniones aun cuando sean distintas a las personales; hay libertad de manifestar opiniones sin temor a la diferencia de criterios; y la respuesta ante las diferentes situaciones acontecidas se da con serenidad y sencillez (José, 2016).

En la línea de la comunicación terapéutica es preciso señalar que es entendida como una herramienta que se utiliza para favorecer un canal de expresión emocional que ayude al paciente a identificar temores y al mismo tiempo poder ofrecerle apoyo emocional y espiritual (Fernández, 2016). Se coincide con Parrales, Sornoza, Cano y Moreira (2018) que, sin duda, las personas docentes en enfermería requieren de esta herramienta en el desarrollo del Proceso de Enfermería, pues al interactuar con la persona y su contexto, podrá toparse con temas o situaciones especiales que requieran de flexibilidad, sensibilidad y comprensión del otro para saber manejarlas.

Las personas docentes en su interacción con los otros sujetos involucrados en el Proceso de Enfermería, destacan la comunicación asertiva y terapéutica como un tema relevante, esto también coincide con Amayuela (2017, p. 17-18) quien menciona que “solo a partir de un proceso de comunicación asertivo y afectivo, será posible incidir en las dimensiones (instructiva, educativa y desarrolladora) del proceso formativo en el contexto universitario, a tono con las actuales exigencias del mundo contemporáneo”. Ya que al ser múltiples los sujetos y las variables que participan en la interacción se termina involucrando afectos y relaciones de cooperación en las que el profesor actúa como principal mediador de los procesos comunicativos (Martí, Martínez y Valcárcel, 2018).

Siguiendo con los comentarios citados, Martí, Martínez y Valcárcel (2018) y Amayuela (2017) coinciden en que la comunicación entre docentes y estudiantes es clave en los procesos de enseñanza y aprendizaje, posición que también sostienen las personas docentes de esta investigación.

En este caso, la comunicación establecida entre todos los sujetos involucrados es caracterizada como fluida, directa y con límites claros, donde resaltan las palabras de confianza y respeto, como aspectos claves. Al respecto comentan:

“Hay una comunicación muy fluida, que eso hace que este proceso sea muy provechos y que vaya dándose como de manera muy muy muy agradable, muy amigable [...] Creo que es importante tener la confianza del estudiante y tener una apertura para que el estudiante sienta tranquilidad [...] Eeh, bueno, siempre la honestidad y la transparencia” (Docente 1).

“Entonces siempre pongo mucho, las normas claras ¡verdad” entonces me gusta que sea una comunicación fluida, pero siempre manteniendo el respeto [...] pero yo siento que la comunicación en general si es una comunicación de mucho..., yo creo, que, de mucho respeto, de darles la confianza a los estudiantes de que ellos puedan sentirse en un ambiente seguro, en un ambiente de que pueden preguntar, que ninguna pregunta es tonta [...] Y lo mismo para la comunicación hacia el

personal, hacia las personas adultas mayores, que tiene que ser todo muy directo”
(Docente 2).

Lo expuesto por las personas docentes coincide con lo planteado por Valcárcel (2016), pues es propicio crear y fomentar una adecuada relación entre profesores y estudiantes a través de actos comunicativos claros y precisos, donde cada uno contribuya con normas elementales de empatía, cortesía y respeto, en aras de lograr una comunicación fluida y orgánica. También es preciso considerar que el respeto tiene una base de orden cultural y social, pues la variedad de caracteres, criterios y normas conductuales son reflejo del entorno donde han crecido y se han desarrollado los sujetos, por lo que la comunicación se valora desde una base de tolerancia y respeto (Martí, Martínez y Valcárcel, 2018).

Algunos factores que influyen en la comunicación son citados por las personas docentes en los siguientes comentarios:

“Digamos, la interpretación, el estado de ánimo, el ambiente, digamos, que haya sido un mal día que no se hayan logrado cumplir los objetivos de ese día con base a lo que ya se tenía propuesto o planeado, o qué sé yo, o simplemente [unos segundos de silencio] la personalidad” (Docente 3).

“Eee... sí talvez, algún elemento que siento que pueda ser..., va mucho en comportamientos personales o actitudes personales, tal vez de los estudiantes, que por ejemplo he tenido estudiantes que les hace falta..., son excelentes, tienen muchísimas habilidades en parte, pero les falta mucho la habilidad de comunicación, entonces talvez se comportan de una forma muy... que te digo... como muy directiva o, a veces incluso, como “yo soy la que sé más”, entonces diay eso puede ser como una falla en la comunicación, ahí puede haber una barrera de comunicación; o sea, sí he tenido casos, pocos, pero sí he tenido estudiantes”
(Docente 2).

“Bueno yo creo que uno tiene que estar preparado para todo ¿verdad?, si hay que ir como con una actitud que podamos esperar lo que sea [...] depende de la actitud que tenga el estudiante hacia la persona adulta mayor, depende de la actitud que tenga la persona adulta mayor hacia el estudiante, depende de sus experiencias previas” (Docente 1).

“Depende, como digo, depende del conocimiento que traiga el estudiante porque o puede generarle mucho estrés o puede generarle, verdad, como mucha apertura” (Docente 4).

Respecto a los factores que influyen en la comunicación, se puede resaltar el aspecto actitudinal o aquellos de orden personal, esto coincide con lo que Giménez, Alguacil y Escamilla (2018, p.25) cuando afirman que el proceso comunicativo se encuentra influido por:

Las experiencias previas de las personas que interaccionan y por el contexto situacional en el que se lleva a cabo dicho proceso comunicativo, por la propia actitud de la persona y en definitiva por las variables moduladoras de las actitudes que influyen sobre el comportamiento, es decir sobre la comunicación. (Giménez, Alguacil y Escamilla, 2018, p.25)

Con esto es de notar que existe una gran variabilidad de factores, los cuales se podría decir que pueden ser afrontadas venturosamente a través de las seis habilidades sociales planteadas anteriormente en la figura 18. Por esto es que, según José (2016, p.6) “el desarrollo de las competencias conversacionales puede llevar a los individuos a una mayor efectividad y bienestar en su vida”.

Se puede decir que, la comunicación es un proceso multidireccional en el que todas las personas involucradas comunica algo; no solo con el lenguaje verbal sino con mensajes emitidos a nivel no verbal, que reflejan la actitud que unos y otros adoptan frente a la situación (Fernández, 2016).

Al retomar, el tema de la actitud esta se considera “una disposición a responder de manera favorable o desfavorable a un objeto, persona, institución o acontecimiento” (Giménez, Alguacil y Escamilla, 2018, p.26). Por tanto, la comunicación con actitud implica el lenguaje no verbal en más de un 80%, por lo que al momento de interactuar es preciso ser congruentes entre lenguaje verbal y no verbal, ya que dependiendo de la actitud de la persona se podrían obtener distancia y frialdad, o por el contrario crear un espacio de acompañamiento y esperanza (Fernández, 2016).

Es por lo anterior que la comunicación es considerada piedra angular del cuidado enfermero, por tanto, para las personas docentes de enfermería se torna un tema indispensable el cual les permite contemplar siempre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo, así como la relación con su entorno (Giménez, Alguacil y Escamilla, 2018) y donde dicho individuo no es solo el estudiantado sino también todos los otros sujetos que participan activamente en los escenarios de práctica docente.

4.3 PRÁCTICAS DOCENTES

Las prácticas docentes se comprenden para esta investigación como “el conjunto de acciones que conforman el quehacer cotidiano de los profesores, ejercido a través de interrelaciones subjetivas con el estudiantado, en función de determinados propósitos formativos” (Montes, Caballero y Miranda, 2017, p. 200). También hacen referencia al “conjunto de acciones que consciente o inconscientemente, el profesor lleva a cabo al enseñar con el propósito de posibilitar el proceso de aprendizaje” (Campos, 2000, p.17). Estas “se centra en el maestro, la manera en la que él trabaja, se expresa, se comporta, se relaciona; es decir, la caracterización de sus hábitos, acciones y estilos en un contexto educativo” (Gaitán *et al*, 2005, p. 10).

Es en este apartado donde se describen las prácticas docentes asociadas al Proceso de Enfermería en el curso EE-0512, para ello se utilizan las tres fases o actividades que plantean García-Valcarcel (2001) para analizar la función docente en la educación superior (planificación de la enseñanza: fase preactiva, metodología didáctica: fase interactiva y evaluación del proceso de enseñanza: fase postactiva).

4.3.1 Planificación de la enseñanza: fase preactiva

Para García-Valcarcel (2001) esta fase consiste en un proceso de toma de decisiones para el diseño de la propuesta a ejecutar, por eso se fundamenta en la revisión detallada de los componentes didácticos como: los objetivos, la delimitación del contenido, las estrategias didácticas y evaluativas, entre otros aspectos. Dada la reflexión se configura o se define qué se quiere conseguir y cómo se quiere conseguir y se busca anticipar posibles eventualidades y plantear solución a los problemas que aparezcan en el panorama, todo esto en medio de la flexibilidad pues no es un proceso exclusivamente lineal o rígido.

Al respecto se les consultó a las personas docentes sobre cuáles eran las acciones que realizaban antes de entrar en contacto directo con su grupo de estudiantes como parte de la fase preactiva y se destacan los siguientes aportes:

“Ok. Yo un tiempo antes, 15 días antes, 8 días antes, hago una cita con las administradoras de los diferentes lugares y coordino con ellos la entrada al lugar, donde se coordina ahí previamente esa parte del conocimiento del lugar y esa entrevista que se le hace a los administradores o al personal que labora; entonces nos reunimos con la administradora, con la que está administrando los cuidadores, trabajo social y enfermería; que ellos presentan qué es lo que se hace, qué es lo que no se hace, cuáles son las reglas del lugar y cuáles son esas características que tiene el lugar [...] entonces se coordina la entrada; cuando nosotros llegamos ya la gente nos están esperando, ya ellos nos están recibiendo” (Docente 3).

“Es que los escenarios tienen que prepararse, aunque ya los conozca, hay que ir a preparar, hay que ir a presentar, hay que volver a decir de nuevo, seguidos de unos oficios -porque los espacios comunitarios hay que solicitarlos como que si fuesen otros espacios-, hay que decir “vamos a ir en tales fechas, en tales momentos etc., etc.”, entonces yo creo que eso le da solidez a los espacios y también de alguna forma nos puede poner en sus agendas, eso al menos en visita domiciliar se hace, y se mandan los oficios, ha sido uno de los grandes cambios tengo que reconocer en la nueva coordinación ¡verdad! no es que hoy llegamos ahí, porque además ya saben, ¡no!, esas cosas son formales y se coordina una visita sin necesidad de que la señora coordinadora lo refiera o lo sugiera, es, si soy responsable del escenario yo tengo que empezar a propiciar realmente esa planificación previa, se vuelve a renegociar o se vuelve a presentar la dinámica, los alcances logrados, las cosas que tenemos que mejorar, yo creo que eso es importante, cosas que quedaron pendientes, qué casos vamos a escoger para esta vez, finalmente se hace un repaso de los perfiles [...] Entonces se planifica la dinámica, se reafirma, se enfatiza, que necesitamos un espacio para discusión, se vuelven a reafirmar la parte del recorrido, que es necesario que ellos nos colaboren con eso, verdad, ya sea al inicio al final etc., y se hacen intercambios de contactos por alguna situación en

particular. Entonces esa planificación si se realiza con tiempo verdad, para poder de nuevo decir “bueno tal fecha sería el primer grupo” [...] entonces sí hay una planificación previa del escenario que siempre va a ser necesaria” (Docente 4).

“Ok, la planificación va a tener o consiste de varias partes. Primero tengo que tener ya una coordinación previa con este... bueno desde lo administrativo y desde lo laboral ... y además desde el punto de vista eee, ya docente propiamente ¿verdad? Eee, luego las coordinaciones que se hagan eee, directamente con la parte administrativa de las diferentes organizaciones donde vaya a desarrollar la práctica para establecer ya la programación de los momentos de asistencia del grupo de estudiantes junto con mi persona, para establecer las fechas eee, y el horario que vamos a cumplir, así como los objetivos que pretendemos alcanzar desde el punto de vista académico [...] una vez que se me aprueba esta programación, entonces ya me voy a planear básicamente... me voy a planear también ya propiamente lo que se tiene que ver directamente con los objetivos del curso, entonces ya establezco una entrevista previa con la administración, pero ya para hablar de las necesidades que tienen con respecto al desarrollo de la... con respecto a lo que pueden ofrecer el grupo de estudiantes de enfermería y que sea congruente con los objetivos del curso [...] Lo converso tanto con la administradora como con el enfermero ¡verdad!, el enfermero me colabora asignando los casos que pueden eee, con los que pueden trabajar los estudiantes según las características que yo este... le comuniqué” (Docente 1).

“Sí claro, sí bueno obviamente..., sí, yo siempre diay..., eso lo tengo hecho de antes, por ejemplo y sé que como el módulo empieza en marzo, di, yo ya enero y febrero parte es planificar todas las actividades que voy a realizar muchas veces, me toca entonces actualizar, por ejemplo, ver lo nuevo que hay y entonces tratar de llevar realizado. ¿A qué se refiere esa planificación? bueno entonces organizar mucho, “bueno qué voy a hacer esta primer semana, me va a llegar el grupo”, entonces dependo mucho también del cronograma que ya la coordinadora nos envíe, nos lo envíen ojalá con tiempo ¿verdad? para yo ya saber “ok, esta es la semana que voy al hogar, esta es la segunda semana y toca visita domiciliar, por aquí tengo que ir

a drogas, aquí tengo que ir al CECISA” o sea, todo eso es la planificación, parte de las cosas que digamos yo necesito saber previamente como docente para entonces poder organizarme y planificar mis actividades con el grupo, entonces una vez que tengo eso yo me hago mi propio... o sea yo soy una que trabajo mi propio cronograma ¿verdad? me hago yo mi propia estructura” (Docente 2).

Como se puede leer, todas las personas docentes afirman realizar diversas actividades asociadas a la planificación. Están principalmente relacionadas a las coordinaciones propiamente dichas con las jefaturas de las instituciones de los escenarios de práctica docente a través de reuniones o entrevistas; por ejemplo: el comentario de la persona Docente 3 refleja la importancia que tiene para ella ese espacio con el fin de reconocer la dinámica del lugar, sus reglas y características, pero no expone lo que ella pide a la institución, mientras que en los comentarios de las personas Docentes 4 y 1, se señala la relevancia de hacerle saber a las instituciones lo que se requiere para éxito de la experiencia y el aporte que ambas partes (institución-universidad) deben realizar, buscando siempre un ganar-ganar.

En las solicitudes realizadas por las personas docentes a las jefaturas de las instituciones de los escenarios de práctica docente, se destacan: primero la entrada al lugar, ya que como estos escenarios son lugares privados y tienen sus propias dinámicas, se requiere de ajustes que favorezcan y respeten los requerimientos, tiempos y responsabilidades de ambas partes; aquí se contempla la bienvenida y recorrido del primer día por parte del personal de las instituciones para el estudiantado y la persona docente. Luego se contempla la participación en los días subsecuentes según las necesidades detectadas o los casos a trabajar. Es prioritario, también, la consideración de fechas y horarios en los que se señala necesariamente la relevancia de los documentos formales (oficios con la solicitud de campos clínicos y cronograma del curso) que respaldan las coordinaciones individuales de las personas docentes.

En fin, se coincide con Casasola (2020) que la planificación de todos esos aspectos es una necesidad incuestionable que permite darle prioridad a lo que es significativo. Además, este autor puntualiza que este proceso se debe respaldar por la investigación

didáctica, entendida como una base para enfocar los procesos de enseñanza y aprendizaje, donde se generan conocimientos que permiten comprender y actuar en los procesos de enseñanza y aprendizaje a través de metodologías que logran fundamentar y promover la didáctica, la cual orienta las acciones de enseñanza y aprendizaje. De alguna manera esto es lo que las personas Docentes 1 y 2 expresan cuando dicen que tienen que actualizar y planear aspectos asociados al curso. Pero, también se asocia a lo que más adelante se ampliará en el apartado de metodología didáctica: fase interactiva, cuando las personas docentes dicen: *“trato de buscar herramientas, artículos”* (Docente 3), es decir de los artículos utilizados para discusión de temas con el estudiantado, entre otros.

Cabe aclarar que el curso EE-0512 es un curso colegiado, por tanto y según la normativa universitaria es

... Aquel en el cual la teoría, práctica o laboratorio está a cargo de varios profesores. Los objetivos, contenidos, actividades y normas de evaluación - fijados por la cátedra, sección o departamento son responsabilidad de todos, los profesores y alumnos, bajo la dirección de un coordinador, quien velará por su estricto cumplimiento. (Universidad de Costa Rica, 1985, p. 3)

Este panorama determina que, por la naturaleza del curso en cuestión, se pone en relieve la complejidad y el entramado que hay detrás de la toma de decisiones anticipadas de las personas docentes y las posibles implicaciones. Al ser un curso colegiado, existe una interdependencia en las decisiones, por lo que el trabajo en equipo y en el momento preciso, debe estar acompañado de una comunicación clara y eficaz para favorecer las mejores condiciones dentro de la fase preactiva. Al respecto, Carriazo, Pérez y Gaviria (2020) aseguran que en la educación para generar resultados óptimos y la mejor prestación de servicios es necesario no solo un docente directivo, sino la consideración de factores como la planeación, equidad, calidad, manejo de recursos, participación de la comunidad y rendición de cuentas; por lo que se esperaría deben ser tomadas todas estas consideraciones por lo docentes universitarios.

Interesante, también señalar que, la responsabilidad del docente directivo, es decir, la persona coordinadora de cursos, es compleja, debido a que exige el dominio de estrategias que faciliten su actuación para poder liderar pedagógicamente el proceso educativo y cumplir con los objetivos y metas trazadas. Por tanto, este debe mantener y desarrollar un equilibrio inteligente entre la gestión a corto plazo (liderazgo gerencial) de las funciones administrativas, como por ejemplo la gestión de los oficios a los que hace referencia la persona Docente 4 y la preparación de la documentación con el debido tiempo como lo narra la persona Docente 2; y una visión a largo plazo (liderazgo visionario) de las funciones docentes, o sea, aquellas adaptaciones de los aspectos asociados a las prácticas docentes según los nuevos contextos.

Siguiendo con el análisis de los comentarios antes citados, se evidencia que todas las personas docentes realizan estas prácticas previo al inicio del curso; no obstante, impresiona que cada docente lo hace según sus criterios individuales y al tiempo que consideren pertinentes, ya sea, como lo menciona la persona Docente 2 durante los dos meses previos al inicio del curso (enero y febrero) o tan solo una o dos semanas antes como lo expresa la persona Docente 3. Se puede decir que ningún docente hace alusión a que exista o no, a lo interno de este curso, una estructura o algún lineamiento formal sobre la planificación en torno a los escenarios de práctica docente, ya sea establecido en conjunto con todas las personas docentes del curso o propuesto desde la coordinación, lo que si impresiona es que cada profesor decide cómo, cuándo y qué temas involucra en su reflexión previa al curso y en las coordinaciones que realiza con jefaturas de las instituciones.

Lo anterior se puede analizar desde la autonomía o libertad de acción que gozan las personas docentes universitarios, la cual está asociada a la naturaleza misma su actividad, ya que los conocimientos y habilidades no son únicos y esto le permite optar en cada caso por la mejor estrategia de acción en función de las circunstancias y el contexto, al mismo tiempo que cuenta con el respaldo legal de la libertad de cátedra (Sarramona, 2012). Por tanto, como se pudo comprender en el apartado de Contexto, las características que tiene cada escenario de práctica docente, representa un reto para las personas docentes que posiblemente deban resolver, desde las particularidades

mismas, no dejando de ser importante las disposiciones generales que desde las estructuras universitarias se establezcan, ya que es importante recordar que la autonomía docente se construye en la relación con la coparticipación activa de los actores educativos, es decir, de todas las personas docentes e incluso también el estudiantado (Sarramona, 2012) y otros actores sociales involucrados.

No obstante, es preciso tomar en cuenta lo que Campos (2020) asegura sobre la libertad de cátedra, ya que, si se abusa de ella o se mal interpreta, la Universidad podría caer en el error de ceder al profesorado, la completa entrega de contenidos a sus estudiantes, corriendo el riesgo de desvirtuar el hecho educativo al facultar al profesorado en la imposición de su visión personal o su enfoque unilateral. Esto es lo que se podría considerar como un desorden de carácter académico, es decir, la escogencia indiscriminada y/o abordaje de temas y contenidos por parte del profesorado que podría atentar contra la calidad académica y el orden curricular, esto debido a que un plan de estudios debería seguir cierta coherencia (Campos, 2020).

Por lo anterior, es relevante señalar que el balance entre la libertad de acción o autonomía docente y la acogida de las normas establecidas desde las autoridades universitarias es un punto clave para el éxito de toda experiencia, esto debido a que las primeras son necesarias para el enriquecimiento, reconstrucción e innovación de las prácticas docentes y las segundas para el orden y funcionamiento global, por ello Sarramona (2012) insiste en que lo más importante es la continua la reflexión sobre la práctica, tanto de las tradiciones vigentes en la profesión como de las nuevas propuestas, en conjunto con el análisis del saber compartido y la aplicación de los principios éticos.

De igual manera, las personas docentes expresan que toman en cuenta dentro de la planificación aspectos de tipo docente o lo que se tiene que ver directamente con los objetivos (Docente 1), o que hacen su cronograma personal (Docente 3), pero no puntualizan exactamente cuáles son las acciones realizadas al respecto; además, no describen aspectos concretos sobre la delimitación de contenidos y estrategias didácticas y evaluativas. Esto podría estar relacionado a que la toma de estas decisiones

se construye en conjunto con la persona coordinadora del curso y todos los demás docentes cuando revisan y actualizan el programa del curso y esto da la impresión de que no es una responsabilidad individual de la persona docente, por lo que no resultó un tema profundizado durante la entrevista. Lo que sí queda explícito es que, en cada escenario de práctica docente, las variables y consideraciones son muy únicas para cada contexto, como se evidenció en el apartado anterior; y, por tanto, la persona docente tiene libertad de presentar su propia propuesta, aunque tampoco se relatan aspectos más concretos.

Otro aspecto a resaltar sobre los comentarios anteriores es que, aunque las personas docentes conozcan las instituciones y las instituciones tengan experiencia siendo escenarios de práctica docente, siempre es preciso formalizar los requerimientos y las expectativas de lo que se realizará. Esto asociado a que, a pesar de mantenerse una lógica global similar año con año, no debe asumirse como una réplica de lo que ya se ha realizado, por el contrario, hay que resaltar que cada experiencia es nueva y que la docencia siempre se acompaña de innovación, flexibilidad, creatividad, actualización, es decir, evoluciona siempre y no es estática, menos al considerar el contacto directo con personas en escenarios reales. Al respecto Álvarez, Silió y Fernández (2012) destacan que la planificación, la colaboración y la innovación son las tres claves para conseguir una buena práctica docente universitaria, lo cual coincide con Londoño (2015) quien a través de un estado del arte sobre la docencia universitaria expone que los diversos autores muestran que el profesor universitario está en una búsqueda por encontrar alternativas para lograr un trabajo más pertinente y la vez perfeccionar su ejercicio, lo cual está acompañado por un cambio en la cultura docente universitaria que se inclina cada vez más por mejorar e innovar en su actividad formativa y por la identificación de los mejores métodos de enseñanza para poder potenciar la calidad del aprendizaje universitario.

Por otra parte, se les consultó a las personas docentes si ellas relacionaban los objetivos y contenidos del curso con el Proceso de Enfermería como parte de la fase preactiva, a lo que comentaron:

“¿Ah qué si va de la mano el proceso con...? Sí, por supuesto, y vea que parte también de la evaluación formativa de los estudiantes y sumativas es que casi que todas las rúbricas que tenemos van orientadas a cómo realiza el estudiante el proceso de enfermería, entonces yo creo que ahí queda más que visible, que parte del objetivo que yo tengo que cumplir como docente es que mis estudiantes comprenda, organicen, ejecuten, evalúen bien el proceso de enfermería en todo momento, porque va a ser la razón de ser de uno de los objetivos principales en este caso del curso o del módulo del adulto mayor ¿verdad? Y creo que para todos los módulos...mjm, entonces sí va muy inmerso” (Docente 2).

“Yo considero que los objetivos enfermería están puntualizados y están puntualizados en el adulto mayor, están correlacionados con la vida real y con esas características que tiene el adulto mayor, entonces no estoy matándome tratando de hacer una correlación entre el campo clínico vs el programa del curso, porque ellos mismos se van llevando de la mano y las actividades y todo el proceso se va dando de la mano [...] Ahí cada uno de esos objetivos se cumplen, ellos, es unaaa..., vamos a ver cómo lo digo, este espacio en el que nosotros nos desarrollamos con el plan -con el programa-, se juntan bien y se prestan, quizás puede ser por todo eso que te decía yo, uno llega y si el lugar no funciona y no cumple los objetivos pues simplemente el otro año no va a estar. Pero no, no creo que yo tenga, o por lo menos, yo no llevo el hogar al programa, creo que los dos se van desarrollando y se van ejecutando, y se puede ir viendo como los dos van marchando como lineales, no sé si me entendiste. Por supuesto que uno busca y hace las planeaciones antes para complementar esa unión, de hecho, sí considero que es eso, es como “aquí tengo el plan, aquí tengo el escenario, y el profesor es el que lleva esa gomita para irlos juntando, con estrategias, con los artículos, con las preguntas, con el que voy a hacer y todo eso”. Pero tampoco hay que ir a buscar algo fuera de lo normal para cumplir el objetivo” (Docente 3).

“Sí, sí claro solo que habría... yo creo que desde el punto de vista eee, del planteamiento, yo creo que deberíamos hacerlo un poco más explícito, en el sentido de que este... en el programa del curso eeee, talvez no contemplamos que,

en la valoración, este, se encuentran todas las coordinaciones y todas las reuniones que se tienen con la parte administrativa ¡verdad! Pero sí, yo creo que el programa, el curso como tal, en cuanto a los objetivos, sí responde claramente al proceso de enfermería, con unos detallillos que se pueden pulir un poco más, pero diay es un proceso, o sea... esto nunca va a ser un proceso terminado ¿verdad?” (Docente 1).

Estos tres comentarios demuestran como las personas docentes sí ven una relación directa entre los objetivos y contenidos del curso con el Proceso de Enfermería y es evidente en el programa del curso esa relación, pues lo ahí contemplado es lo que se espera encontrar en los escenarios de práctica docente. Las personas Docentes 2 y 3 expresan con claridad que la relación está presente y es muy explícita, afirman que existe coherencia, que van de la mano, que los objetivos se cumplen y que no hay que hacer esfuerzos extraordinarios para calzarlos. En contraste la persona Docente 1 opina que podrían detallarse más explícitamente otros aspectos en el programa del curso, pero no detalla cuáles, aunque sí menciona que para la etapa de valoración se deben realizar diversas coordinaciones como parte de la planificación previo al inicio de curso y esto no está reflejado en el programa de curso. Además, se muestra como relevante que las estrategias evaluativas conducen la relación entre las prácticas a realizar y el Proceso de Enfermería, lo cual orienta y enmarca lo que se desea conseguir y cómo hacerlo, facilitando la planificación de la persona docente.

Lo expuesto en el párrafo anterior podrían comprenderse mejor desde la planificación de aspectos curriculares, es decir, Carriazo, Pérez y Gaviria (2020) menciona que ello es necesario para organizar de manera coherente lo que se quiere lograr con el estudiantado, pero implica tomar decisiones previas a la práctica, sobre: qué es lo que se aprenderá, para qué se hará y cómo se puede lograr de la mejor manera; esta planificación tiene que considerar los contenidos conceptuales, procedimentales y de actitudes que se abordarán, en qué cantidad y con qué profundidad. La reflexión de esos aspectos se realiza en las sesiones colegiadas previo al inicio del curso y, por tanto, se reflejan en el programa del curso y terminan siendo puntualizadas más específicamente en las estrategias evaluativas como lo mencionan los sujetos de esta investigación.

Cuando se revisa el programa del curso EE-0512, en el apartado de evaluación uno de los instrumentos contenidos es una rúbrica que está constituida por las etapas del Proceso de Enfermería, de ahí que la persona Docente 2 mencione dicha relación y asegure que eso guía y facilita su labor (ver anexo 5).

Aunado, es necesario señalar que “la correlación entre el campo clínico vs el programa del curso” que menciona la persona Docente 3, refleja cómo es que una propuesta curricular responde coherentemente con la realidad de contexto donde se desarrolla. Es decir, las propuestas formativas desarrolladas en las universidades no son solo contenidos teóricos aislados de la realidad que les embarga; por el contrario, la formación universitaria busca establecer profundamente una relación entre la formación recibida y el contexto actual y las situaciones a las que los futuros profesionales afrontarán. Esto es tangible en carreras como enfermería, donde el componente práctico es alto. Por ello Pérez (2018) acerca los elementos curriculares a las experiencias contextualizadas que sostienen el aprendizaje

El currículo, lejos de verse meramente como un asunto de transmisión de componentes informativos, actúa como una vía de transacciones continuas como parte de un intercambio dinámico de experiencias [...] El currículo es una posibilidad para que estudiantes experimenten en situación y en relación con otras personas el aprendizaje; así, cada quien construye y reconstruye su conocimiento narrativo en respuesta a esas interacciones [...] El desarrollo de un tema no constituye una referencia aislada o descontextualizada, más bien actúa como un mecanismo propiciatorio de una acción comunicativa que da cuenta de una realidad sobre la cual irrumpen sucesos, anécdotas, hechos y experiencias sociales, cuya relevancia reside en que permite poner en relación el contenido por aprender con el acumulado de conocimientos cultural y biográficamente adquirido. (Pérez, 2018, p. 8)

Es decir, la posibilidad que tienen las personas docentes de acercar todos los elementos contenidos en el programa del curso EE-0512 a través de las experiencias en los escenarios de práctica docente, son reflejo de la aplicación coherente de un currículo

flexible, actual y acorde a una realidad a la que próximamente se verán expuestos los nuevos profesionales en enfermería. Podría pensarse que esto permite orientar la labor docente con coherencia y, por tanto, la facilita, pues como lo menciona la persona Docente 3 al existir esa relación “con la vida real... no estoy matándome... porque ellos mismos se van llevando de la mano”. Por lo que, al tener este contexto, la labor de las personas docentes aquí se podría caracterizar como armonizador, como “esa gomita” (Docente 3), que se encarga de tomar en cuenta todos los elementos complejos que están inmersos.

Es por esto mismo que las personas docentes afirman que la planificación trae consigo beneficios no solo para ellos como docentes guardando los requerimientos establecidos por la universidad, sino también para las instituciones con las que se trabaja, estos beneficios son expresados de la siguiente manera:

“Pero creo que todo el tiempo hay una coordinación y una planificación con la institución ellos saben todos los días a dónde estamos, cómo estamos, qué vamos a hacer, pero esos puntos que son más claves, que hay que pedir un permiso más fuerte o que es un permiso institucional, se pasa haciendo casi todas las semanas, pero la institución siempre sabe dónde estamos, qué estamos haciendo y la coordinación se da permanentemente” (Docente 3).

“Entonces todas esas cosas uno las agradece ¡verdad! yo siento que todo eso facilita que la intervención se pueda realizar, de que talvez no llegamos a perder el tiempo haciendo coordinaciones, o no; llegamos y ya ellos saben, que esa semana... ya con anticipación se les manda el cronograma, ¡verdad! normalmente se lo envío a [Profesional de Enfermería 2], la enfermera, y ya ella sabe que esta semana estamos aquí, la otra semana estamos en visita domiciliar, por ejemplo, la siguiente ya volvemos, entonces sí, eso lo dejamos como muy claro para que ellos nos estén esperando y como te digo, parte de esa espera, facilita mucho el proceso de que todo va a estar coordinado, entonces yo siento que por ahí por eso ese hogar sí considero que es un espacio muy amigable para hacer una intervención de enfermería y yo creo que ya se adaptaron y saben también el trabajo tan rico

que podemos llegar a realizar y que a la larga es para el bien de ellos y los adultos mayores que están ahí” (Docente 2).

Es decir, los beneficios están asociados a la coherencia de lo planteado en el programa del curso y a la comunicación constante y explícita de lo que se pretende realizar y cómo se realizará, además de las múltiples coordinaciones que facilitan y optimizan la experiencia desde ambas partes, lo que conduce a efecto potenciador positivo, un ganar-ganar. Esto es sumamente valioso, ya que, a pesar de que “toda situación de enseñanza la condiciona la inmediatez y la imprevisibilidad” (Carriazo, Pérez y Gaviria, 2020, p. 88) es por medio de la planificación que se permite reducir el nivel de incertidumbre y de alguna manera anticipar lo que sucederá en el desarrollo de la experiencia formativa, llevando a la rigurosidad y a la coherencia en la tarea pedagógica en el marco de un programa (Carriazo, Pérez y Gaviria, 2020).

Por consiguiente, las prácticas desarrolladas en la fase preactiva, conducen al docente y a la vez, le permiten establecer un marco de acciones en medio de la compleja labor que desarrolla, para lo cual Walker (2017) coincide en que

La multidimensionalidad y especificidad, las condiciones diversas en las que se desarrolla, así como su carácter relacional, hacen del trabajo docente universitario un dominio diverso, una práctica compleja, de límites difusos. Las relaciones que en el ejercicio de trabajo docente se establece con la institución, colegas, estudiantes, conocimientos y saberes están permeadas por el tipo de relación que la universidad mantiene con la sociedad. (Walker, 2017, p.29)

Por tal complejidad y diversidad, se podría pensar que estando en el escenario de práctica docente, no resultaría difícil perder la perspectiva de lo planteado para dicho proceso formativo y ceder ante las solicitudes o exigencia en las que son envueltas las personas docentes desde todas las relaciones que establece (con estudiantes, otros docentes, la universidad, las jefaturas y/o profesionales de las instituciones, las personas adultas mayores y sus familias, etc.), dando lugar, de alguna manera, al desarrollo de prácticas no explícitas que se podría examinar desde el currículo oculto, entendido como

el terreno de relaciones mutuas que le dan un ordenamiento específico a los actores educativos, más allá de las demandas académicas manifiestas formalmente (Pérez, 2018).

De ahí que las prácticas docentes desarrolladas como parte del proceso de toma de decisiones para el diseño de la propuesta a ejecutar, son de vital importancia, permite coherencia, dar guía, evitar distracciones y lograr el máximo aprovechamiento de las condiciones contextuales para favorecer los procesos de enseñanza y aprendizaje.

Por otra parte, dentro de la fase de planificación de la enseñanza: fase preactiva, es preciso explicar la consideración que tienen las personas docentes, previo al inicio del curso, sobre las características, conocimientos y habilidades que tienen el estudiantado con el que interactuarán en el curso EE-0512. De manera general, dos docentes exponen que sí realizan acciones concretas en la primera semana de clases y otros dos afirman que no realizan ninguna valoración previa, sino que durante la interacción van construyendo la visión sobre el grupo de estudiantes y sus necesidades. Al respecto dicen:

“Sí claro, sí este... bueno yo... una pregunta que bueno, algo, que indago con ellos es cómo han venido... cuáles han sido sus experiencias con el proceso de enfermería, este... una pregunta muy amplia ¿verdad? pero que les da chance ellos de abrirse, de expresar cuál ha sido su experiencia, este... desde lo positivo o desde lo que no les ha gustado talvez en su formación, eee, y ya les pregunto específicamente que ellos me digan “bueno por etapas, ¿qué es lo que van haciendo ustedes?” eee, entonces hacemos una especie de conversatorio, lluvia de ideas, ¡verdad! entonces ya ahí voy organizando y voy identificando también el conocimiento que tengan ellos previo sobre qué es el proceso y cómo lo han acostumbrado desarrollar ¡verdad! [...] Más que todo para saber, para tener un punto de partida y saber qué hay que fortalecer desde el punto de vista conceptual en cuanto a qué saben ellos del proceso y qué hay que fortalecer en esa mediación mía ¡verdad! eee... y también para tener un punto, un lenguaje común entre todos los miembros del grupo ¡verdad! Recordemos que todos, bueno los estudiantes por

lo general vienen de diferentes grupos y han tenido como una formación un poco heterogénea ¡verdad!, en el sentido de que depende mucho de los profesores que ha tenido durante los 4 años previos de carrera ¡verdad!” (Docente 1).

““¿Cómo les ha ido a ustedes con el uso de la taxonomía?, ¿cómo están en eso?, ¿creen que tenemos alguna deficiencia?, ¿volvemos a repasar algo o no?” y entonces también un poco valoramos en esa parte también [...] Pero bueno ya en quinto año estamos hablando de otro nivel entonces... pero, sí yo creo que mi papel importante de profe, de enfermera y de docente en este caso, es preguntarle ¿cómo está con el uso de todo lo que vamos a necesitar? [...] Entonces parte de mi mediación como docente yo pienso que es eso, yo lo veo como “tengo que hacerme como un diagnóstico de cómo están llegando mis estudiantes, de cómo son, qué deficiencias tienen y en qué entonces los puedo ayudar” [...] Entonces yo ya sé que en esta primer semana, si algo no encontraron, o me dicen “no profe no he manejado el NNNConsult” entonces yo sé que esa semana tenemos que trabajar en una capacitación de NNNConsult entonces por ahí lo dejo entre un asterisco de que posiblemente va a ver un día de la semana que nos vamos a tener que ir más tarde para que me dé chance de valorar lo del NNNConsult” (Docente 2).

En contraste,

“No, no lo hago [...] Entonces si el estudiante ya lo conozco porque ya ha pasado por adolescente conmigo, no tengo que preguntarlo, más bien es un amorcito porque está repitiendo conmigo, y si no lo conozco entonces lo voy a conocer durante el proceso, que es lo que yo necesito conocer, no las actividades ni nada de lo que hizo previamente con el profesor, porque fue otro nivel, fue otro ciclo, otro módulo, pudo haber sido que no le gustó el escenario, a él no le gustó la población en la que estaba trabajando, pudo haber sido una etapa terrible a nivel país que pudo haber estado sucediendo..., entonces me doy chance para conocerlo [...] Ya de una vez ya cuando yo estoy con ellos, tal vez no llegar a preguntarles directamente, si les pregunto por la población y si les gusta la población y que dónde viven y que esperan, pero básicamente las características que tiene el

estudiante las voy conociendo conforme vayan pasando los días, conforme va pasando el proceso del curso” (Docente 3).

“En adultez mayor no, en adultez mayor pasan directo a visita y se van durante el proceso haciendo ajustes, a veces se logran, a veces no, los ajustes; hay grupos que no, que no se logra, y entonces que era lo que yo le decía, al final tengo que volver a retomar el caso porque ese grupo no logró realmente hacer el proceso como se debía” (Docente 4).

La valoración realizada por las personas Docentes 1 y 2 hacia sus estudiantes se da en la primera semana de clases, esta se dirige a identificar los conocimientos previos o aspectos por mejorar, a través de preguntas o por medio del diálogo, con el objetivo de establecer estrategias que permitan reforzar la comprensión y aplicación de los insumos necesarios para la realización del Proceso de Enfermería. Esto coincide con lo que expone Walker (2017, p. 18) quien en su investigación afirma que cuando el estudiantado no tiene ciertos saberes previos “los docentes entrevistados manifestaron tener que dedicar tiempo a este tipo de contenidos ya que resultan necesarios para el aprendizaje de lo que curricularmente deben aprender en las asignaturas que dictan”. La práctica de identificar conocimientos previos y aspectos por mejorar hacia el estudiantado, resulta valioso y necesario para el logro de los objetivos planificados.

La valoración realizada por parte de la persona docente hacia el estudiantado también implica trascender no solo aspectos disciplinares y de contenidos sino a la persona como lo expone la persona Docente 3 *“las voy conociendo conforme vayan pasando los días”*; pero también la persona Docente 2 comenta:

“Yo en la primer reunión o el primer día que tengo contacto con los estudiantes, ese día además de presentarnos, me gusta conocerlos un poco más a profundidad, en el sentido de que les pregunto dónde viven, que tanto están viajando para llegar al lugar, eee..., que experiencia han tenido (ahí es donde empieza por ejemplo la parte pedagógica) entonces yo les pregunto” (Docente 2).

Por lo anterior, es preciso decir que esto coincide con lo que plantea Harland (2017) cuando expone que, conocer a el estudiantado le permite al docente comprender sus cualidades personales, facilitando un mejor juicio y la consideración de sus valores y, por tanto, la comunicación se torna diferente y promueve una mayor apertura, lo cual impacta los procesos formativos.

Las relaciones entre docentes y estudiantes no están mediadas exclusivamente por el contenido o por las cuestiones disciplinares, sino que se da un reconocimiento de las identidades más allá de los roles educativos (ser docentes o ser estudiante) como sujetos sociales, adultos y jóvenes históricamente situados, lo cual permite sugerir que las relaciones pedagógicas no se circunscriben a lo académico únicamente sino que están atravesadas y configuradas por deseos, sentimientos, sensaciones y expectativas (Walker, 2017). Todos los elementos mencionados pueden ser considerados dentro de las prácticas docentes en la fase preactiva con el objetivo de trascender lo disciplinar.

El caso de la persona Docente 3 sobre las valoraciones previas a sus estudiantes, hace referencia a que ella elige no indisponerse con información que puede quedar descontextualizada y, por tanto, prefiere ver el desempeño del estudiante y conocerle durante la rotación. Por su parte, la persona Docente 4 expone que ella identifica algunos requerimientos por parte del estudiantado durante la puesta en marcha y se hacen los ajustes posibles, esto puede estar asociado a la dinámica de la rotación de visita domiciliar y el escaso tiempo con el que cuenta La persona docente con cada grupo de estudiantes, ella lo expresa diciendo “y eso que tengo solo 3 momentos con ese estudiante” (Docente 4), es decir, tres días para interactuar con cada grupo de estudiantes.

Estos resultados son contrastantes con los plateados por las personas Docentes 1 y 2, pero de igual manera reflejan la importancia de la cercanía de la persona docente con el estudiantado y la trascendencia de las relaciones que se dan por encima de los contenidos, por lo que se puede afirmar junto a Walker (2017, p.6) que “el trabajo docente constituye una práctica social” que al desarrollarse en el contexto de la enfermería, la cual es considerada como disciplina social (Vílchez y Sanhueza, 2011), se

redirige la atención en el desarrollo de relaciones empáticas y respetuosas que sostengan las interacciones.

Al respecto Muñoz, Villagra y Sepúlveda (2016) coinciden con que la práctica docente es, por tanto, de carácter social, objetiva e intencional, ya que en ella intervienen los significados, percepciones y acciones de las personas involucradas en el proceso educativo, es decir, el estudiantado, docentes, autoridades, entre otros); además intervienen los aspectos político-institucionales, administrativos y normativos, que cada centro delimita sobre el rol del profesor; es decir, la práctica docente supone una diversa gama de relaciones entre personas.

En medio de esas características existen condiciones que determinan o respaldan las prácticas docentes, una de ellas el tiempo, a lo que Martinic (2015, p. 482) asegura que “diversos estudios demuestran que las prácticas de los profesores siguen estando prisioneras del tiempo al desenvolverse bajo un sistema rígido de clasificación, secuencia y de orden”. Pero al mismo tiempo afirma que esta problemática no se resuelve con aumentar la oferta de horas de enseñanza sino más bien lo necesario es garantizar que el estudiantado tenga un compromiso con la tarea, lo cual implica entender sus ritmos, conocimientos previos, motivaciones y, sobre todo, poner en práctica una metodología atractiva y activa en la sala de clases (Martinic, 2015). De estos aspectos, algunos son considerados por los sujetos de investigación y podrían ser las razones por las que a pesar de tener el factor tiempo como una amenaza, expresan satisfacción sobre las experiencias vividas como docentes, las cuales se pueden repasar al final del apartado: Etapa de Ejecución.

4.3.2 Metodología didáctica: fase interactiva

En la fase interactiva, se desarrollan las estrategias de enseñanza y las tareas de aprendizaje planificadas en la fase anterior. Las primeras, suponen el desarrollo de un proceso de toma de decisiones sobre cómo enseñar que, más que un camino lineal, se presenta como construcción metodológica (Lucarelli, 2009). Y las segundas, son puntos claves para concretar los principios metodológicos y los procesos de aprendizaje (García-Valcarcel, 2001).

La palabra estrategia es definida como “un conjunto de planes articulados que tienen por objeto lograr una meta prevista” (Peña, 2014, p.18), por lo que en contraste las estrategias de enseñanza son “el conjunto de operaciones que realiza el profesor para organizar los factores y actividades que intervienen en el proceso de enseñanza y aprendizaje de un determinado contenido” (Furlan, 1979, citado por Lucarelli, 2009, p. 93).

Al consultar a los sujetos de investigación sobre ¿Cuáles estrategias de enseñanza utiliza para desarrollar, junto al estudiantado, el Proceso de Enfermería en el escenario comunitario?, las respuestas fueron diversas y dicha información se agrupó en: pre y post clínica, el conversatorio, la pregunta, la lectura, la agenda y el informe.

Pre y post clínica

La pre y post clínica, son términos usados en la jerga enfermera. Según el Diccionario de Real Academia de la Lengua Española (2021), la clínica es el “ejercicio práctico de la medicina relacionado con la observación directa del paciente y con su tratamiento”. Por tanto, en el contexto de la enfermería se utiliza para referirse a los espacios de reflexión dados antes y después de la interacción con las personas sujetas de cuidado.

Estas expresiones se utilizan en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR) para hacer referencia a aquellos momentos de reflexión realizada entre docentes y estudiantes de enfermería sobre el cuidado de las personas, si dicho espacio

se da previo al encuentro con las personas se le llama preclínica y si ya interactuaron, postclínica.

Al respecto las personas docentes comentan:

“Siento que los espacios de la preclínica y postclínica son muy importante porque me permite a mí dar un punto de arranque, en la preclínica, donde acordamos, consensuamos, qué es todo lo que se va a hacer durante el día y nos permite organizar el día de trabajo y poder hacer un buen cierre al final” (Docente 1).

“Entonces hacemos eso en la parte preclínica y hacemos discusión de algunas lecturas que nos vienen a apoyar en ese momento y hacemos roles: quién va a hacer la entrevista, quién hace la valoración física, quién va a ir a pedir permiso, quién va a ser el primer contacto, ¡verdad! [...] Yo coordino siempre un lugar en la escuela [post clínica], de tal manera que digamos cómo se sintieron, qué sigue, a qué nos vamos a enfrentar el día siguiente ¡verdad! tratando de darle esa continuidad y trazándoles a ellos lo que continua dentro del proceso, volvemos a repasar algunas cosas que habría que fortalecer o no, siempre se les resalta todo lo bueno que han hecho y volvemos a coordinar, como ayudarles a esa reorganización y ya nos vemos el otro día con otra cosa” (Docente 4).

“También parte de las actividades que hacemos, se les explica lo que hacemos en la pre clínica y en la post clínica y este... parte de las actividades también de la preclínica es que revisamos algún artículo, revisamos alguna noticia que haya salido en relación a la persona adulta mayor eee... o alguna..., algo importante, lo que ellos quieran o vemos algo que vimos en la clase, que por ejemplo, talvez quieren volverlo a discutir algún tema, entonces tratamos como de retomarlo, tanto en la preclínica y la dejo más para ver cómo nos fue, como se sintieron y que podemos mejorar para las siguientes actividades [post clínica]” (Docente 2).

“Entonces ahí nos reunimos a hacer la preclínica y la post clínica... para hacer los análisis y propuestas, planificación o la propuesta de esa planificación se podría

decir, entonces ellos lo llevan y lo discutimos al día siguiente [...] ahí estamos nosotros, ahí discutimos, ahí vemos si tenemos que hacer un cambio, ahí se hacen... si hay que reconstruir algo se puede reconstruir o construir, ahí digamos que son hojas, si tienen que escribir algún cartel qué sé yo” (Docente 3).

En estos comentarios se evidencia que la pre clínica es un espacio para consensuar ideas, discutir aspectos varios, organizar las acciones que se realizarán en el día como distribuir roles, repasar contenido teórico, realizar planificaciones, tomar decisiones, entre otras. En contraste, para la post clínica se describen menos detalles, ya que estos hacen alusión a los aspectos valorativos de lo acontecido durante la experiencia formativa tales como el alcance de obtenidos y la revisión de las consideraciones emocionales.

Las siguientes 5 estrategias señaladas por las personas, se desarrollan, en alguna parte o en su totalidad, durante las pre y post clínicas.

El conversatorio

Las cuatro personas docentes comentan tener espacios de diálogo con sus estudiantes con gran frecuencia, ellos, usan las expresiones: conversatorios y/o discusiones. Estas son realizadas de maneral grupal o individual, dependiendo el alcance y la intención del momento.

Las personas docentes dicen:

“Y mucho de mi papel mediador es también conversar, me gusta..., no soy de decir en grupo las cosas, sino trato de decir las cosas individual, con cada estudiante ¡verdad! esa mediación de “me parece Elena que hoy estuviste muy callada, que su compañera tomó totalmente la batuta, usted estaba muy dispersa, la vi mucho sacando el celular, recuerde que ya habíamos puestos esas normas” o ese tipo de cosas; entonces, a la larga uno trata de conversarlo como personalmente, con cada estudiante, y para el grupo dejo las cosas como más a nivel general “bueno que creen que funcionó, la actividad, qué hubieran hecho diferente, por ejemplo, qué

cambiamos para mañana” o si “profe no definitivamente no nos resultó, todos salimos todos frustrados”, eso me pasa ¡verdad!” (Docente 2).

“Bueno yo hago muchos conversatorios, con el estudiante, este... dependiendo del caso, también yo coordino mucho con el estudiante en el sentido de las actividades que va a desarrollar, entonces hago muchas preguntas generadoras, muchas preguntas abiertas, eee, yo mucho, o sea, yo hago mucho conversatorio en el sentido de que la persona... le pido al estudiante que “me explique tal cosa, me explique qué va a hacer y por qué lo va a hacer y cuál es el objetivo de lo que va a hacer” ¿verdad? yo creo que el conversatorio es la principal estrategia” (Docente 1).

“Básicamente esa es la conformación, esa discusión, que muchas veces se hace a nivel grupal para buscar el problema que realmente es [...], entonces se hacen esas discusiones, antes o después” (Docente 3).

“Entonces ¿Cuáles son las estrategias? Las estrategias implican entonces en un primer momento establecer un proceso de inducción con una serie de ¿verdad?, de, de conversatorios, a lo que el estudiante se va a enfrentar” (Docente 4).

El conversatorio es “es una reunión concertada para tratar un tema, en la cual participan personas versadas en la materia” (Muñoz, Andrade y Cisneros, 2011, p.68). Se trata de un intercambio informal y sencillo, pero que al mismo tiempo ha sido preparado y ordenado con un propósito serio, como resultado de una actividad en el salón de clase (Muñoz, Andrade y Cisneros, 2011). Por tanto, para las personas docentes en cuestión, esta estrategia es fundamental para ir abordando la diversidad de situaciones que se presentan en los escenarios de práctica docente y al mismo tiempo ir profundizando en temas específicos tanto a nivel individual como a nivel grupal.

El conversatorio le permite a la persona docente acercarse al estudiantado y a aquellas experiencias acontecidas con sutileza y naturalidad con el fin de indagar, acompañar, asesorar, supervisar, aportar, corregir, ampliar, valorar, entre otras opciones. Se realiza

con horizontalidad y como parte de la dinámica propia de la práctica clínica, en donde la confianza, la escucha activa y las preguntas claves, son indispensables. De ahí que Muñoz, Andrade y Cisneros (2011) plantean las ventajas de un conversatorio enfocadas en el ambiente, caracterizado por ser informal, divertido y de mayor confianza que otras estrategias, como el debate.

Unido a este intercambio de opiniones, ideas y sentimientos, se encuentra la pregunta, como estrategia para ahondar en hechos concretos.

La pregunta

Esta estrategia es mencionada por las personas docentes durante las entrevistas. Ellas dan algunos ejemplos y aseguran que su uso es muy frecuente, utilizan las expresiones “todo el tiempo”, “siempre les preguntamos”, “hago muchas preguntas”, etc. Al respecto también dicen:

“... entonces hago muchas preguntas generadoras, muchas preguntas abiertas [...] hay que ser muy cuidadosos con las preguntas que le vayamos a exponer al estudiante, porque aquí ya vamos a hablar de qué aprendió, qué hizo bien, de qué no hizo bien, de qué debe mejorar y a veces pueden tocarse unos sentimientos [...], pero sí tiendo a ser muy cuidadoso en cuanto a las preguntas que haga, verdad, saber cuáles preguntas tengo que hacerle al estudiante de manera privada, de manera individual, y cuáles puedo hacer de manera grupal” (Docente 1).

“[...] entonces siempre les preguntamos [...]. Me gusta conocerlos un poco más a profundidad, en el sentido de que les pregunto dónde viven, que tanto están viajando para llegar al lugar, eee..., yo les pregunto “bueno ¿qué experiencia han tenido ustedes por ejemplo con el uso de la plataforma NNNConsult, saben utilizarla o no?” [...] Después entonces también “¿cómo les ha ido a ustedes con el uso de la taxonomía?, ¿cómo están en eso?, ¿volvemos a repasar algo o no?” (Docente 2).

“Yo llego y les pregunto “ok ¿qué les pareció?”, entonces todo el tiempo paso preguntando “¿la lectura usted considera que es acorde?, ¿cómo se van sintiendo?, ¿qué consideran?” y todo el asunto, yo sí les pregunto” [...] entonces es preguntar: “bueno ahora sí, ya tenemos esto ¿qué vamos a hacer?, pregunte sobre tal cosa, ¿ya preguntó a quién más le ha dicho?” (Docente 3).

“Una de las preguntas que le he hecho a los estudiantes es “¿esos diagnósticos ustedes con quién los están haciendo, con las características definitorias para... esas intervenciones con quién lo están resolviendo... ¿Para responder al diagnóstico, a los factores relacionados o a las características definitorias?” Unos están muy claros a que están respondiendo, otros no tanto” [...] ya va conociendo el caso y les pregunta: ¿cómo vas a hacer estas devoluciones?” (Docente 4).

Como queda evidenciado en los comentarios y a lo largo de las entrevistas, se coincide con Anijovich y Mora (2010, p.36) cuando dicen que “formular preguntas es una práctica habitual para las personas docentes”. Su uso es altamente frecuente porque es un elemento inherente a la vida y la cotidianidad (Benoit, 2020), pero también porque es considerado “uno de los medios más eficaces para favorecer el proceso de enseñanza-aprendizaje” (Morón, 2015, p.1).

La pregunta es “un enunciado de carácter interrogativo empleado para obtener, por parte del estudiante, información verbal sobre un aspecto de interés para el proceso de enseñanza-aprendizaje” (Benoit, 2020, p. 96), y como estrategia pedagógica “hace posible reflejar diferentes grados de conocimiento y, al mismo tiempo, desarrollar una o más habilidades cognitivo-lingüísticas (Benoit, 2020, p. 97).

Benoit (2020) menciona que las preguntas en la universidad deben ser contextualizadas y basadas en los conocimientos previos del estudiantado, es decir, necesitan ocurrir en un tiempo y momento definidos, para propósitos específicos. Por ello, no cualquier pregunta va a contribuir realmente al proceso de enseñanza y aprendizaje, sino está ligada a procesos reflexivos derivados de las intenciones que hay detrás.

Para Van de Velde (2014) la pregunta se emplea de forma espontánea, pero no siempre se implementa de la manera más adecuada. Dada la intención de esta investigación, los datos no son suficientemente específicos para poder determinar la efectividad de las preguntas planteadas por las personas docentes. Sin embargo, sí se podría considerar la tipología según su finalidad.

Benoit (2020) describe seis tipos de preguntas según su finalidad presentadas en la tabla 8.

Tabla 8. Tipología de la pregunta según su finalidad.

Finalidad	Habilidad cognitivo-lingüística predominante
Verificación de información	Definir/describir
Fines prácticos	Explicar
Reafirmación de la emotividad	Justificar
Establecimiento de la comunicación	Describir, explicar, justificar
Reflexión	Describir, explicar, justificar, argumentar
Aprendizaje	Definir, describir, explicar, justificar, argumentar

Elaboración propia, tomada de Benoit, 2020, p. 101.

Al mirar los comentarios citados, se puede decir que predominantemente las preguntas formuladas buscan: verificar información, fomentando la habilidad de describir o definir principalmente coincidiendo con el estudio de Benoit (2020); reafirmar la emotividad, propiciando la justificación; y las preguntas que buscan los fines prácticos a través de la explicación.

En los comentarios citados, también se muestra la importancia de que la persona docente sea cuidadoso en la formulación de preguntas, considerando los sentimientos del estudiante y el contexto, es decir, hacerlas en privado o de manera grupal. Este

posicionamiento concuerda con López (2012) quien afirma que el estudiantado se beneficia de los ambientes donde son valorados y tanto el tipo de preguntas que se realice, como la manera en que se formulen las preguntas y las respuestas dadas, afectan su autoestima y participación. Añadido, Anijovich y Mora (2010, p.43) explican la importancia de considerar al otro, a ese que nos habla, porque lo hace desde su personalidad, experiencia y subjetividad; por tanto, la persona docente debe ser sensible ante ello.

En fin, la pregunta, como estrategia requiere “sofisticación en su uso y demanda una planificación detallada sobre la forma de implementarse en el aula” (Benoit, 2020, p. 111).

La lectura

Esta es otra estrategia mencionada por las personas docentes dentro de sus prácticas docentes. Ellos comentan:

“[...] conforme vamos avanzando, vamos seleccionando artículos científicos que se vinculen con alguna situación específica de lo que se ha vivido durante a semana”
(Docente 1)

“Como siempre leemos un artículo por semana en la preclínica [...] entonces yo hago, les solicito una comprobación de lectura, entonces lo hago por medio de un diario de doble entrada” (Docente 2).

“[...] les llevo artículos de todo tipo” (Docente 3).

“[...] Ahí hacemos las discusiones de las diferentes lecturas, una discusión que va a traer aquellos elementos que vimos en esa parte teórica” (Docente 4).

No es de sorprender que las personas docentes señalen la lectura como una estrategia frecuente en su uso ("*siempre leemos*"), ya que, esta resulta clave dentro de los procesos de enseñanza y aprendizaje, por ello Cano y De Castro (2013, p. 36) aseguran que "la lectura es el mejor medio por el cual se accede al conocimiento" y es "fundamental en la inserción en la universidad y en la cultura académica".

Por su parte, Durango (2017) explica el significado de "leer" para los saberes del siglo XXI, desde la posibilidad de estar acorde al contexto internacional y sus adelantos; permitiendo estar a la altura de las exigencias actuales, ya que hoy la demanda es de lectores competentes, críticos, capaces de procesar grandes cantidades de información, constructores de saberes y transformadores de sociedades.

La lectura es "un proceso complejo que es afectado por varios factores" (Yildiz & Çetinkaya, 2017, p.366), es "una acción enlazada con el proceso de escritura, ya que está orientada a descifrar y comprender cierta información plasmada en un código específico y definido por la lengua del contexto en la que se desarrolla" (Paricahua y Quispe, 2021, p.181, citando a Sedano, 2015).

Al mirar el comentario de las personas Docentes 1 y 4, antes citados, podría decirse que existe una intención clara del uso de la lectura como estrategia por parte de la persona docente, la cual se relaciona con favorecer los procesos de reflexión e integración de la teoría con las vivencias prácticas. Concordando con Cano y De Castro (2013, p. 37, citando a Lerner, 2001) quienes afirman que la lectura es "una actividad intencionada, lo cual permite conocer, aprender, indagar a partir de cuestionamientos, de ahí, surgen críticas y reflexiones que permean la construcción y transformación del individuo".

Los datos encontrados son escasos y no es posible profundizar sobre la manera en la que cada docente valora la comprensión que tiene el estudiantado sobre la lectura asignada. Solo la persona Docente 2 explicita la comprobación de lectura a través del diario de doble entrada. Al respecto, es preciso decir que hacer una lectura no es suficiente, sino se complementa con la comprensión de su contenido.

La comprensión lectora es “un proceso que comprende la construcción de un modelo mental, donde se establece una coherencia entre elementos y se elaboran significados a partir de la interacción del texto y las experiencias previas” (Vidal y Manriquez, 2016, p.97). Por ello, “en el lector hay una actualización de los conocimientos previos utilizados para entender el significado del texto; a su vez, está permeado por las intenciones, vivencias, experiencias e investigaciones que puede haber realizado el autor” (Cano y De Castro, 2013, p. 37).

La persona docente debe tener claridad de nivel de comprensión lectora que se espera del estudiantado. Existen tres niveles: literal, inferencial y crítico-intertextual. La comprensión literal es localizada en texto, es decir, la persona que lee, explora el texto de manera explícita, no profundiza, ni ahonda en posibles interpretaciones. La comprensión inferencial corresponde a la comprensión global del texto, aquí el lector deduce cierta información y establece relaciones lógicas para simbolizar la información. La comprensión crítico-intertextual es la comprensión global del texto con uso de saberes de diferentes fuentes, lo cual le permite emitir juicios (Durango, 2017, p.161, citando a Pérez, 2003, p. 33).

Por lo anterior es que “las instituciones de educación tienen dos responsabilidades: primero, fomentar la lectura; y segundo, enseñar al estudiantado las estrategias para desentrañar textos progresivamente más complejos” (Durango, 2017, p. 159), debido a que “la lectura debería convertirse en el mecanismo privilegiado para aprehender los conocimientos culturales complejos” (Samper, 1996, p. 11).

La agenda

Otra estrategia señalada es la agenda, esta está asociada a la distribución de acciones y tiempo por parte del estudiantado durante las experiencias formativas. Los siguientes comentarios lo muestran:

“En la ejecución también le pido al estudiante, que escriba una agenda, donde diga: estos cinco primeros minutos son para romper el hielo, estos 5 minutos son

para ya la aplicación de todo lo que ya está en la matriz educativa y estos otros minutos son para hacer un cierre, despedir, agradecer, programar una cita para darle continuidad a la intervención, etc.” (Docente 1).

“Les enseño cómo planificar, cómo hacer la agenda, hacer el cronograma [...] ella organiza esa agenda, y me ha resultado bien. Siempre me la envía lunes o martes temprano, yo la reviso y ya sabemos que ya para el miércoles llegamos organizados, cuando llegamos en la mañana entonces la muchacha o el muchacho coordinadora, repasa la agenda, es lo primero que hacemos, “bueno vamos a repasar la agenda vamos a hacer esto, esto y esto”” (Docente 2).

“Ahora también ahí se presenta una agenda [...] el estudiante tiene que traer una agenda donde me diga qué es la actividad que va a realizar, cuánto tiempo va a tener, por qué razón, qué es lo que estoy buscando con esa acción y cuál es el objetivo que va a cumplir esa acción. Ya se había plasmado en todo el proceso anterior, pero para no tener todo ese paquete listo pues lo vamos dividiendo en esa agenda del día de hoy” (Docente 3).

“Se hacen tres momentos ¡verdad! se hacen tres agendas en las cuales se subdivide precisamente el paso a paso de cómo se van a dividir las horas de este día” (Docente 4).

La agenda es la relación ordenada de asuntos, compromisos o quehaceres de una persona o de una organización en un período, esto según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2021). Dicha definición es correspondiente con lo planteado por las personas docentes, dado que, hacen énfasis en la organización del tiempo y las actividades a realizar por el estudiantado, como una secuencia o un paso a paso.

Es preciso mencionar que no encontraron publicaciones en relación con la agenda como estrategia en enfermería. Sin embargo, es posible asociarlo a la gestión de tiempo,

tópico investigado ampliamente en diversas direcciones y considerado el predictor más relevante para el rendimiento académico (Garzón y Gil, 2018).

La diversidad de estudios sobre la gestión de tiempo, mantienen como idea central “la finalización de tareas o actividades en un tiempo esperado, obteniendo resultados de calidad, mediante procedimientos tales como la planificación, la organización o la priorización” (Garzón y Gil, 2018, p.2). Lo dicho por estos autores puede asociarse a lo expresado por las personas docentes, ya que la agenda resultaría ser aquello donde se puntualizan y ordenan las decisiones tomadas a partir del Proceso de Enfermería para cada día.

La agenda sirve de guía en las acciones a realizar, ambos -docentes y estudiantes- se ven beneficiados de su uso, por tanto, es revisada diaria y continuamente, según informan las personas docentes, siendo un claro elemento para gestionar el tiempo en los escenarios de práctica. Por ello, Garzón y Gil (2018) mencionan la agenda como una estrategia en la gestión del tiempo, junto a la planificación diaria o la priorización de actividades (Garzón y Gil, 2018, p.1).

El Informe

Esta es otra estrategia citada por las personas docentes como parte de lo asociadas al Proceso de Enfermería. Al respecto comentan:

“[...] nosotros hacemos dentro del cierre hacemos una presentación del informe de todas las actividades que hicimos a la parte administrativa” (Docente 1).

“[...] cuando ya llega el segundo grupo yo les digo: “bueno dejen todo muy bien escrito en el informe para el otro año darle continuidad” [...] siempre se le da el informe [...] yo siento que es fundamental dar ese informe a la administración para que ellos vean cuáles fueron los hallazgos más importantes y los resultados y lo que quedó por hacer” (Docente 2).

“El informe de actividades, el informe de los estudiantes, este informe cuando se entrega es muy lindo especialmente en [HLE], porque es un café que se realiza o que realizamos nosotros con todas las personas que están ahí trabajando con todos los profesionales. Estas instituciones saben que es un proceso de enfermería y saben cómo se ha estado trabajando, entonces cuando se comienza esa entrega, se entrega por etapas... Se presenta como proceso el grupal y después se entregan los procesos individuales” (Docente 3).

“Tengo que dar un informe a ese campo clínico [...] La plataforma NNNConsult para mí ha sido..., realmente me vino a reafirmar el informe que se había hecho a pie, verdad, ya hay una plataforma con un lenguaje enfermero, eso es ciencia” (Docente 4).

Las cuatro personas docentes hacen uso de esta estrategia, el informe es definido como “un texto académico de carácter expositivo, ya que en él se describen las acciones, los métodos y los procedimientos llevados a cabo para adelantar una labor, bien sea investigativa u operativa (Arenas, *et al.*, 2014, p. 1). Por tanto, permite la presentación de la información asociada los Procesos de Enfermería realizados y las experiencias vividas en los escenarios de práctica docente. Esto es oportuno, ya que el informe es considerado también “una herramienta que facilita la formación académica y profesional, ya que para su redacción se deben combinar la teoría y la práctica (Arenas, *et al.*, 2014, p. 1).

Como lo muestran los comentarios, el informe resulta un recurso valioso tanto para las personas docentes y para el estudiantado, como para las personas de las instituciones. En los comentarios de las personas Docente 2 y 3, el informe resulta ser una evidencia para las personas de las instituciones de lo realizado (los Procesos de Enfermería), lo cual crea un espacio de reflexión interprofesional que enriquece aún más la experiencia. Además, para la persona docente trasciende en temporalidad, ya que no solo es importante en ese momento, como un registro de lo acontecido, sino que se utilizará al año siguiente, como un insumo para la nueva experiencia académica.

El informe como es un documento académico “requiere un estilo directo y formal alejado de toda parcialidad” (Arenas, *et al.*, 2014, p. 2). Esto permite dos cosas, primero a la persona docente le permite valorar las habilidades asociadas a la redacción científica, lo cual es el mejor medio para evidenciar el conocimiento adquirido, generado o reproducido durante una experiencia formativa y también puede servir como instrumento de evaluación al ser parte de una estrategia de enseñanza y aprendizaje (Serrano, Pérez, Solarte y Torrado, 2018). Segundo, permite a la persona docente y al estudiantado, compartir los alcances reales del Proceso de Enfermería como método para el cuidado y, a la vez, justificar la labor de enfermería en esos contextos, lo cual podría impactar en la imagen social de la disciplina, pues como lo menciona la persona Docente 3, el personal de las organizaciones conoce lo qué es el Proceso de Enfermería y sus alcances, ampliando la visión tradicional de esta disciplina.

Ningún docente comenta sobre la estructura del informe y su contenido, solo la persona Docente 4 describe el uso de la plataforma NNNConsult como un elemento que robustece lo contenido en el informe. No obstante, se podría suponer que el informe realizado por el estudiantado es de tipo interpretativo, ya que no solo presenta datos (tipo expositivo) ni describe hipótesis (tipo demostrativo), sino que éstos deben estar interpretados y analizados, con el fin de ser considerados en cuenta para la toma de decisiones (Arenas, *et al.*, 2014).

Recapitulando, la pre y post clínica, el conversatorio, la pregunta, la lectura, la agenda y el informe, son consideradas estrategias siguiendo la definición propuesta por Peña (2014, p.18) “un conjunto de planes articulados que tienen por objeto lograr una meta prevista”, es decir, la realización del Proceso de Enfermería con las personas adultas mayores de los escenarios de práctica docente. No obstante, la persona Docente 4 hace una llamado de atención al decir:

“Siento que somos nosotros [las personas docentes] los que no hemos identificado realmente esas estrategias ideales para poder hacer ciencia, porque también estamos aprendiendo mucho, mucho, para ver cómo es que uno lo enseña [...] creo

que todos coincidimos principalmente en que no hay unificación en cuanto a esos pasos a pasos que debemos hacer en cada una de las etapas” (Docente 4).

Lo anterior, se puede asociar a lo mencionado por Anijovich y Mora (2010, p.33) cuando afirman: “recordemos que cada docente, en cada situación y en relación con cada contenido curricular, tendrá que tomar sus propias decisiones, hacer sus hipótesis de trabajo, elaborar una secuencia de actividades, observar, sacar conclusiones y volver a empezar”. En fin, la persona docente sigue creciendo, aprendiendo y nutriendo su labor con las vivencias y el transcurrir del tiempo.

Roles docentes con los que se identifican a las personas docentes sujetas de la investigación

Es en esta fase se da la interacción entre las partes implicadas en los procesos de enseñanza y aprendizaje, por lo que es requerido conceptualizar la interacción didáctica como “la coimplicación existencial y social que se establece entre los agentes del proceso educativo, determinada por el escenario del aula, centro, entorno y biografía de los intervinientes” (García-Valcarcel, 2001, p.19). Por tanto, estas relaciones explícitas o implícitas que interactúan, son las que permiten articular las prácticas de enseñanza y aprendizaje desarrolladas entre las personas docentes y el estudiantado, a través de los contenidos y en un contexto específico.

Para dar inicio al análisis de este apartado, es preciso puntualizar cómo las personas docentes describen, de manera general, su rol.

“Aquí mi rol como docente es acompañar al estudiante en la ejecución de estas actividades, ser una persona que más bien inspire tranquilidad, que inspire confianza al estudiante [...] Hago algunos aportes si los considero necesarios, voy calculando los tiempos, veo hasta dónde llega el estudiante y veo si le debo completar algo, también pensando desde el punto de vista ético [...] Entonces este mi papel ya propiamente en la valoración es acompañar al estudiante de manera

directa este... acompañándolo en la aplicación de algunos de los instrumentos, en la medida de lo posible ¿verdad?, todo lo que pueda, y de manera indirecta después haciéndole las preguntas al estudiante sobre qué aplicó con la persona adulta mayor mientras yo no estaba y cuáles fueron los resultados de la aplicación de esos instrumentos [...] También hay momentos en los que yo me acerco, me retiro y después vuelvo a entrar en la reunión, entonces la persona adulta mayor ya está acostumbrada a esa dinámica. Entonces yo trato de ser una persona que esté presente en el proceso formativo y que la persona adulta mayor se dé cuenta de eso mismo ¡verdad!” (Docente 1).

“Yo creo que mi papel importante de profe... de enfermera y de docente en este caso es preguntarle ¿Cómo está con el uso de todo lo que vamos a necesitar? [...] Entonces parte de mi mediación como docente, yo pienso que es eso, yo lo veo como “tengo que hacerme como un diagnóstico de cómo están llegando mis estudiantes, de cómo son, qué deficiencias tienen y en qué entonces los puedo ayudar”. También parte de cuándo vamos haciendo las actividades, un rol muy importante para mí es ser observadora ¡verdad! Yo estoy ahí siempre detrás o por ejemplo eee... yo me convierto, yo siempre les digo “bueno yo soy una facilitadora más del proceso”, los ayudo ahí a participar en las actividades y todo, pero uno dice que “ayudando”, pero a la larga lo que hago mucho es observar ¿cómo se está desarrollando ese estudiante?, ¿cómo maneja al grupo?, ¿si realmente sabe lo que les está diciendo?, ¿si realmente estudió el tema o no? y ¿si tiene liderazgo a la hora de estar dando esa charla o esa actividad?, entonces por ahí” (Docente 2).

“En realidad yo creo..., vamos a ver..., yo trato, yo llego y planifico, agarro mi plan y agarro mis objetivos y trato de buscar herramientas, artículos, ayudas, que cumplan con este objetivo [...] yo les entrego a los estudiantes instrumentos, escalas, que hacen que puedan valorar y hacer todo ese proceso de valoración, ok, les entrego escalas, les enseño el lugar, a los líderes, a los administradores, a los gerentes de esa institución por decirlo así, a los administradores de esa institución, les presento a esos aliados digamos o personas importantes como es la enfermera, muchas veces he topado con que es una aliada la terapeuta ocupacional,

cuidadores que son muy acertados, los pongo a hablar con los adultos mayores, los pongo a revisar expedientes, que los van a contraponer con todos esos artículos que normalmente se llevan” (Docente 3).

“Yo creo que... porque nosotros vamos a ser los “modelos” que ellos van a seguir. Entonces eso es responsabilidad docente, pero tiene que ser... no es que aquí va ser así y en el otro escenario diferente ¡no! tiene que ser un continuo, de tal forma que ellos lo vean como, no como una experiencia entre paréntesis, sino que esa es la normalidad de hacer las cosas [...] es decir, un poco más propositivos como docentes de acompañamiento, pero eso tiene que ser una dinámica... casi que tener nuestro propio libro docente, algo así ¡verdad! [...] Entonces el darle esa posibilidad al estudiante, decirle que ellos pueden argumentar, estar en contra de mi posición o decir “no estoy de acuerdo por esta razón”, eee, lo podríamos, nosotros como docentes, nos podríamos aventurar de acuerdo al conocimiento que tengamos, y a ellos explorar por su cuenta muchos otros posicionamientos, yo creo que el tener claro eso les va a aminorar a ellos la ansiedad al ser más propositivos y a nosotros ser mejores profesionales y ser mejores docentes, tener claro precisamente cuáles estrategias podría yo utilizar, porque depende, como bien señalamos, del nivel de conocimiento que tenga el estudiante, entonces así yo voy tomando las estrategias metodológicas para poderle enseñar a ese estudiante e ir subiendo el nivel, eso creo que teniendo claro precisamente eso, imagínate tú, el proceso de enseñanza aprendizaje fuera maravilloso y menos angustiioso para todas las partes” (Docente 4).

A partir de estos comentarios se podría caracterizar los roles de estas personas docentes en seis aspectos, es decir, es la persona que:

- Acompaña y da confianza.

En los comentarios de las personas Docentes 1 y 4, se destaca el acompañamiento como elemento prioritario, cuestión que coincide con Puerta (2016, p.3) quién asegura que “el

acompañamiento por parte de la persona docente al estudiante en su proceso educativo es fundamental”.

La intervención de enfermería es producto del trabajo de muchas personas como ya ha sido explicado en apartados anteriores (estudiantes, docentes y persona receptora de cuidados, personal de las instituciones, etc.), es una construcción conjunta que se da de diversas maneras (directa o indirecta) como menciona la persona Docente 1, lo cual armoniza con la definición propuesta por García (2012, p. 14) “el acompañamiento es una construcción compartida entre los sujetos [...] un proceso flexible y direccionado por la realidad personal, por el contexto más inmediato y global en que las personas intervienen”.

El acompañamiento proporcionado en los escenarios de práctica docente se da como una construcción compartida ya que, este busca aprovechar de las experiencias contextualizadas que se viven para construir aprendizajes y aportarse mutuamente; pero, este compartir tiene una intención clara determinada por el Proceso de Enfermería, en sí mismo. Esto también conduce a comprender el acompañamiento como lo hace Puerta (2016, p.4) “el acompañamiento, por tanto, es una acción educativa intencionada que se fundamenta en la cercanía, en la disposición para afectar y dejarse afectar por el otro, teniendo como horizonte primordial la potencialización de sus capacidades”.

Dado que el acompañamiento no es una acción improvisada, la persona docente utiliza diversas maneras y herramientas para guiar al estudiantado, como lo mencionan las personas Docentes 1 y 4, en donde no solo importa el aspecto académico, que propicie el desarrollo de capacidades, habilidades y destrezas para la conseguir aprendizajes duraderos, sino también aspectos socioafectivos que se manifiesten en una comunicación transparente y horizontal que favorece la relación dialógica y la confianza (García, 2012).

Por lo anterior, se puede resumir el acompañamiento de las personas docentes como ponerse al lado del estudiantado, guiando sus actividades académicas en el devenir de

su proceso de aprendizaje, en donde se escuche sus necesidades e inquietudes, se aporte perspectivas nuevas y se compartan herramientas que los ayuden en su aprendizaje, es decir, en su crecimiento personal y profesional (Puerta, 2016).

Por su parte, Flórez, Mayorga y Vargas (2017) hacen énfasis en la importancia del establecimiento de una relación horizontal e interpersonal entre la persona docente y el estudiantado, con la cual se genere o consolide la confianza. Por tanto, la manera de realizar ese acercamiento y de dar el acompañamiento, tiene un impacto directo en los procesos de enseñanza y aprendizaje.

Es importante recordar que las personas docentes en cuestión, tienen que acompañar varios estudiantes al mismo tiempo, quienes pueden estar realizando una misma actividad de manera grupal o pueden estar con varias personas en espacios físicos diferentes; por ejemplo, esto puede suceder cuando el grupo de estudiantes está dividido en parejas para aplicar el Proceso de Enfermería a varias personas adultas mayores. Con este contexto, la persona docente debe tener la habilidad de distribuir su tiempo equitativamente para acompañar todo el estudiantado en las diversas labores; es posiblemente por ello, que la persona Docente 1, expone que se acerca y se retira continuamente de esos microespacios de aprendizaje en los que está el estudiantado junto a la persona.

Se podría decir que parte del acompañamiento es “estar siempre presente” durante las experiencias desarrolladas por el estudiantado, cuestión que todas las personas docentes señalan en algún momento de la entrevista como importante; pero en contraste, las personas Docentes 3 y 4 ahondan sobre el “no estar” o “mantenerse al margen” en ciertos momentos, con el fin de permitir o promover en el estudiantado que asuman el protagonismo en dichas experiencias. Lo expresan de esta manera:

“Entonces siempre lo he considerado así, cuando llega y se hace una relación no intervenir en ese momento entre ese proceso que se da, sino cuando llegan y se presentan los resultados que se están dando, es decir, en el momento en el que el estudiante está en contacto con el adulto mayor no intervengo, quizás no; ya en el

momento en el que estamos en post clínica entonces es preguntar “bueno ahora sí, ya tenemos esto, qué vamos a hacer, pregunte sobre tal cosa, ya preguntó a quién más le ha dicho”, qué sé yo, ir completando esa etapa de valoración desde afuera pero siempre, siempre, viendo que es lo que está pasando. Entonces yo llego tal vez están trabajando, entonces yo llego y saludo “cómo les va, cómo están, qué tal les va” y si paran pues excelente, ya me voy, y siguen trabajando” (Docente 3).

“Entonces piensen eso cómo van a planificar los roles, quién va hacer la entrevista, hago todo el recorrido -y yo ya salgo del espacio- porque ellos tienen que empezar a ver esa organización ¡verdad!, porque ya les toca. Yo le digo: “entrando a casa ya no existo, ustedes tienen que ir -cómo se llama...- desarrollando, empezado ustedes hacen eso y háganse idea que yo estoy aquí de apoyo, pero yo no voy a intervenir”, entonces, aunque hay momentos en que me toca, me toca, pero les doy esa idea ese espacio es de ustedes” (Docente 4).

- Es un modelo.

Contreras (2015, p. 2) define un modelo como “esas personas, cuyas conductas se intenta imitar”. La imitación se da a través de lo observado en la persona q figura como significativa. La persona Docente 4 es quien plantea el modelaje dentro de su rol, afirmando “*nosotros vamos a ser los “modelos” que ellos van a seguir*”, con ello, hace referencia a que el estudiantado replicará lo observado en sus docentes.

En las últimas décadas, este tema se destaca con relevancia en el ámbito educativo, ya que, siguiendo los planteamientos de Bandura, se dice que “la mayor parte de la conducta se aprende por observación a través del modelaje” (Contreras, 2015, p. 2).

Más específicamente, al hablar de los espacios de enseñanza clínica, autores como Vialart, Medina y Gavilondo (2018) describen al docente de enfermería como un modelo de identidad. Liljedal, Boman, Fält & Laksov (2015) señalan la importancia de observar a otros sujetos en la experiencia práctica, principalmente aquellos quienes poseen algún grado de significancia, lo cual permitirá un aprendizaje significativo, como en este caso,

observar a las personas docentes. También, Mansilla y Rocouz (2016) resaltan el apoyo y el modelaje como parte de las funciones de la persona docente-clínico, y su importancia redonda en dejar una huella inteligible en el estudiantado al ser un buen modelo digno de imitar. Por su parte, Maroto (2017) explica que el modelaje tiene que tener una intención didáctica clara para que su alcance sea mayor, concordando así con lo expuesto por la persona Docente 4.

Se describen al menos cinco efectos sobre la conducta de la persona que observa el modelo: dirigir la atención, perfeccionamiento de comportamientos ya aprendidos, fortalecimiento o debilitamiento de inhibiciones, enseñanza de nuevas conductas y efectos de la activación emocional (Contreras, 2015, citando a Woolfolk, 2010). A continuación, se explicarán dichos efectos en el contexto de las personas docentes sujetos de investigación.

El primer efecto es dirigir la atención, es decir, la persona docente, a través de lo que hace, debe lograr capturar y direccionar la atención del estudiantado hacia los objetivos planteados siendo vital ya que en los escenarios de práctica docente existen diversidad de elementos interesantes, mas no pertinentes. El segundo efecto es el perfeccionamiento de comportamientos ya aprendidos, este es pertinente debido a que, al tratarse de estudiantes de último año, ya tienen una base de conocimientos amplia que deben profundizar y mejorar, por ejemplo, al ver a la persona docente cómo establece la relación terapéutica con la persona adulta mayor. El tercer efecto es el fortalecimiento o debilitamiento de inhibiciones, este alude a que el estudiantado aprende conductas al valorar las acciones modeladas por la persona docente y determinar si las consecuencias obtenidas son positivas o negativas, es decir, si la persona docente solicita un permiso y con ello se obtiene aspectos positivos para la implementación de alguna actividad, es más probable que luego el estudiantado no tenga temor de solicitar por él mismo una autorización para algún proyecto y si por el contrario las consecuencias observadas son negativas aprenderá que no es la mejor manera de obtener lo deseado; esto implica que la persona docente debe conscientemente mostrar cómo resuelve él alguna situación para que el estudiantado lo aprenda con miras de que disminuya el temor o la incertidumbre pueda

operacionalizar independientemente, lo cual es muy valioso pues al ser estudiantes de último año es importante que puedan gestionar por sí solos las mayorías de las coordinaciones asociadas a la realización del Proceso de Enfermería. El cuarto efecto es la enseñanza de nuevas conductas, el modelaje, por tanto, puede estar asociado a las especificidades de la población a las que se enfrentan hasta ese momento o a las demandas de mayor independencia en la toma de decisiones. Por último, el quinto efecto es la activación emocional, es decir, la expresión de emociones en el modelado puede desencadenar cambio en la conducta, por ejemplo: si al estar realizando un taller una persona adulta mayor no sigue las instrucciones dadas porque no le gustó la actividad y la persona docente se enoja ante lo acontecido, es probable que en el estudiantado se de una serie de reacciones asociadas a la expresión de emociones y con ello, se modifique su conducta.

Dados los efectos que acarrea el modelaje de la persona docente, Contreras (2015, p. 4) insiste en que “se hace fundamental el vínculo que el profesor establezca con sus alumnos, así como la toma de consciencia, mediante la reflexión, de las propias prácticas que son llevadas a cabo en la sala de clases” (Contreras, 2015, p. 4).

- Valora continuamente

Este aspecto dirige la atención hacia un rol asociado la valoración de los conocimientos y habilidades del estudiantado, es decir, hacia aspectos más evaluativos; comprendiéndose no solo desde el enfoque tradicional (medición del resultado final o una valoración cuantitativa) sino más allá. Por ello, Maroto (2017, p.6) hablando de evaluación en campos clínicos, menciona que “no debe pretenderse solamente aprobar o reprobar a una estudiante o a un estudiante, la retroalimentación pertinente puede propiciar, además, la mejora continua”.

La persona Docente 2 es quién señala la importancia de valorar a sus estudiantes para identificar las deficiencias y buscar cómo ayudarles. Dicha ayuda se da a través de la retroalimentación entendida como “la acción de brindar información al estudiantado sobre los resultados de la evaluación, de manera que esta o este sean capaces de buscar

la solución o junto con sus docentes encontrar la ruta para solventar la falencia hallada” Maroto (2017, p.13).

La retroalimentación es parte de la evaluación formativa que se da en las diferentes etapas del proceso de enseñanza. Este tipo de evaluación se da de manera constante y permite ir “monitoreando los objetivos del curso y resultados de aprendizaje esperados, proporciona información que brinda elementos para valorar los avances del grupo; permite la realización de ajustes para la mejora de los cursos y realimentar al estudiante sobre sus progresos” (Flores, Contreras, Martínez, 2012, p. 44).

La misma persona Docente 2 asegura que la mejor forma de tomar insumos para poder hacer esta evaluación es participando de las actividades con sus estudiantes, y así, observar su desempeño de cerca. Esto pareciera, resulta muy estratégico y útil, porque como lo menciona ella, es percibido por el estudiantado como una ayuda y no como una evaluación formal.

El estar presente como “observador participante”, le permite a la persona docente realizar las tres acciones que Porlán (2017, p.62) plantea como características de la evaluación: “recoger información, analizarla y valorarla con rigor, y tomar decisiones coherentes”. Todo eso debe darse en un ambiente basado en el diálogo y el respeto, que permita la exposición de argumentos sin temor y de negociación crítica (Porlán, 2017).

- Enlaza con otras personas claves

Esta característica de “ser enlace” es un aspecto resaltado a lo largo de las entrevistas de las personas docentes en cuestión, la persona Docente 3 es quién lo explicita en el comentario citado. Al respecto, se podría mencionar que el rol de enlace está asociado a las coordinaciones en las instituciones y más específicamente con las personas profesionales o no, asociadas al Proceso de Enfermería.

Con este rol, la persona docente funge como un puente que acorta distancias entre el estudiantado y los escenarios de práctica docente, y más específicamente, con las personas de interés en el proceso formativo.

Esto se da gracias a que las personas docentes afirman conocer las instituciones:

“Ya como tengo la ventaja como docente que uno los conoce, ya uno va conociendo las caras, uno los identifica, ya uno sabe cómo se comporta esa persona” Docente 2.

“Algo que me ha enseñado también los añillos de dar esta práctica” Docente 1.

Al conocer las instituciones y sus colaboradores, las posibilidades que proporcionan los a sus estudiantes parecieran amplias, facilitan canales de comunicación, proporcionan información estratégica y optimizan el aprovechamiento del tiempo, evitando su paso por caminos laberínticos que no llevan a ningún lugar o no traen aportes al proceso formativo.

Este rol, también está asociado a temas de gestión, Jiménez, Meneses, Rodríguez, Jiménez y Flores (2017) investigaron al respecto y aseguran que el profesional de enfermería al ser docente, siempre coordina, administra, articula e interacciona; además las funciones administrativas solo son superadas por el rol asistencial, es decir, son las segundas en importancia.

- Enriquecer la labor del estudiantado

Como lo muestra el comentario de la persona Docente 1, parte de su labor es “completar algo”, es decir, estar pendiente de aquellas cosas o situaciones en donde la labor del estudiantado queda incompleta o fue insuficiente, para asegurar la calidad del servicio brindado. Por esto, Mansilla y Rocouz (2016), mencionan dentro de los diversos roles de la docencia clínica, la ejecución de tareas y la entrega de cuidado apropiado a las personas, las cuales están ligadas a la toma de decisiones clínicas y éticas.

La persona docente de enfermería, por tanto, no solo debe atender las necesidades del estudiantado sino también de las personas asociadas en el proceso educativo. Esto implica que la persona docente pueda permitirle al estudiantado realizar lo establecido en el Proceso de Enfermería hasta donde sus capacidades, habilidades, conocimientos y tiempo, le sean permitidos, y al mismo tiempo, realizar los aportes requeridos para cubrir aquello considerado prioritario y que el estudiantado no completó y así brindar cuidado de calidad, proporcionar a cada quien lo que se merece y no perjudicar a nadie.

Lo anterior, coincide con lo puntualizado por González y Guevara (2018) cuando aseguran que la carrera de enfermería requiere una exclusiva capacidad profesional y una dimensión ética, por lo cual, todas las acciones deben regirse por principios éticos que guíen el cuidado y favorezcan el éxito de las prácticas en salud. Jiménez, Meneses, Rodríguez, Jiménez y Flores (2017) al decir que la persona docente de práctica de enfermería, vive dentro de una dinámica relacional, que le exige una actuación colectiva mediada por el compromiso ético

- Proporcionar insumos

Al respecto, Harrison & Killion (2007) enlistan 10 roles que tienen las personas docentes, el primero en la lista es: ser proveedor de recursos, es decir, insisten que las personas docentes frecuentemente comparten recursos sean libros, herramientas, artículos, entre otros insumos, con sus estudiantes y/o con otras personas docentes; esto concuerda con lo planteado por las cuatro personas docentes a lo largo de las entrevistas y evidenciado en el comentario de la persona Docente 3, citado anteriormente.

Este rol ha estado históricamente consolidado, pues en los posicionamientos más clásicos de la educación, era la persona docente el poseedor y dador del conocimiento y de todo aquello considerado útil para el estudiantado. En la actualidad, este argumento sigue siendo válido, más no el único ni el más importante. Al respecto Casero (2016) al considerar las características de un “buen profesor”, coincide con lo expuesto

por la persona Docente 3, ya que señala a aquel que organiza los contenidos y referencia el material de estudio significativo como un aspecto clave de la persona docente.

Al mirar el rol que desempeña la persona docente, podría decirse que “las características personales deseables en cualquier individuo juegan, en el caso de la persona docente, un papel sustancial en el proceso educativo (Casero, 2016, p.11). ante ello Prieto, Mijares y Llorent (2015, p.159) concluyen que las cualidades más notorias de un docente deben ser: “madurez emocional (aceptación, empatía, autenticidad, capacidad de escucha y respeto); comprensión de sí mismo; cordialidad; confianza; actitudes de profesionalidad; manejo de sentimientos y emociones; manejo de tensión y estrés, y, finalmente, solución de problemas y conflicto”, algunas de ellas ya analizadas en este apartado.

Para ir concluyendo, es preciso señalar la educación como un “proceso de generación de relaciones orientadas al crecimiento con y junto al otro” (Puerta, 2016, p.2), por lo que quienes enseñan en un nivel universitario no solamente deben ser expertos en sus materias, sino que además es importante que cuenten con herramientas que permitan integrar al estudiantado, fomentar su autonomía y favorecer su formación crítica” (Ghenadenik, 2017).

4.3.3 Evaluación de la enseñanza: fase postactiva

En esta fase de la función docente se pretende alcanzar el perfeccionamiento didáctico a través de la reflexión del proceso desarrolla con el fin de poder replantear aquello que resultó poco satisfactorio. Comprende elementos de la gestión académica, los recursos humanos y materiales y los factores didácticos (García-Valcarcel, 2001).

Al indagar sobre las prácticas docentes asociadas a esta fase, la persona Docente 3 expone lo que ella llama “una triada” que engloba las valoraciones necesarias para asegurar el éxito de las experiencias de enseñanza y aprendizaje relacionadas con el Proceso de Enfermería. Ella menciona:

“Si este año el hogar cumplió mis objetivos, considero yo, el otro año lo va a cumplir más o va a ser mejor, porque yo ya tengo conocimiento de todo eso y puedo buscar más estrategias donde puedo desarrollar más actividades, puedo buscar más condiciones que se liguen; pero, es esa evaluación de los escenarios lo que hace que todo se relacione, y talvez también, el hecho de que un profesor permanezca en ese escenario. Entonces es como un tipo de triada, el hogar que haya sido evaluado y valorado varias veces y que se preste para ese cumplimiento de objetivos, un plan-un programa que está bien, que sus temas son acordes a las necesidades de los adultos mayores y un profesor que conozca el espacio y que sepa cuáles son las características y con qué puedo hacer las uniones y completar esos procesos, creo que sería eso” (Docente 3).

A través de este comentario, se reflejan varios de los elementos que son considerados dentro de la fase postactiva, es decir, aquellas reflexiones realizadas por las personas docentes sobre lo acontecido en su quehacer cotidiano. Primeramente, resalta la importancia de valorar reiteradamente el escenario de práctica docente, en este caso el Hogar de Larga Estancia de Personas Adultas Mayores, con el fin de determinar si se presta para el cumplimiento de los objetivos del curso y la realización del Proceso de Enfermería. Seguidamente, señala los factores didácticos plasmados en el programa del curso como descripción, distribución de tiempos y contenidos, objetivos, metodología, estrategias evaluativas, normas, entre otras; los cuales deben tener una correspondencia con las realidades encontradas en los escenarios de práctica docente. Por último, y por supuesto, no menos importante, la labor de la persona docente en sí, donde se destaca su experiencia, sus conocimientos y la mediación de los mismos. En fin, la evaluación del proceso de enseñanza requiere considerar diversos elementos que directamente se implican en la toma de decisiones para la mejorar continua de próximas experiencias, pero deben tener una base sólida en la autorreflexión del ser y hacer docente y de los resultados alcanzados.

Al respecto, todas las personas docentes afirman hacer reflexión sobre sus prácticas docentes, ya sea durante su desarrollo o al finalizar el curso. A continuación, los aportes dados:

“Sí, todos los días, todos los días, ok, creo que hago una evaluación, por eso paso tan enferma, yo hago una evaluación al cierre del día sobre qué hice y qué pude haber hecho mejor y a partir de ahí trato de buscar estrategias para poder desarrollar un mejor día al día siguiente, o buscar ciertas cosas que podrían servirle más a los estudiantes [...] Jamás considero yo, que, jamás se es un buen profesor, entonces esa búsqueda de mejorar solo nace de mi evaluación del día de hoy [...] Al final del curso, yo evalúo cuáles son las características que hicieron que este semestre fuera un grandioso éxito o un grandioso desastre. Entonces las cosas que me sirvieron, pues entonces, yo las replanteo otra vez, estos artículos les gustaron mucho, esta actividad les gustó bastante, digamos, pasa a esta parte donde muy probablemente van a ser usados el otro semestre y se van a completar con algo más reciente; esto que no me funcionó lo saco y lo elimino de todo [...] Entonces esa es mi evaluación como docente, todo el día y todos los días y al final del semestre, donde hago una reflexión acerca de las cosas que van funcionando y las cosas que no funcionaron, esas se quedan, estas se van y no lo quiero ver, y esto vamos a desarrollarlo de una manera mejor” (Docente 3).

“Bueno, yo creo, que más bien, el pasar todos estos procesos, como te decía con anterioridad, hace que yo pueda realmente decir “eso tiene una implicación más allá para el cuidado de las personas”, es decir, no me quedo en una cuestión meramente que el estudiante aprende que las personas vienen a ser nuestros medios para aprender ¡no! Se llega, al tener esas reflexiones, de llegar a decir “esto es una práctica profesional, debe garantizar mejores cuidados para estas personas”, hace realmente, hacer los ajustes, saber que hay que tener un posicionamiento bajo la valoración, saber que tener que adaptarme a la NNNConsult que fue lo último que conversamos ¡verdad!, que tengo que dar un informe a ese campo clínico ¡verdad!, yo tengo que responsabilizarme, tengo que dejar 8 días después un expediente de todo lo que hicimos y además si viene el caso

la parte de referencias y además darle seguimiento. Entonces yo creo que esas reflexiones lo que nos va a ayudar es a mejorar cada vez más para ir haciendo los ajustes necesarios en el camino porque si no nos hubiéramos quedado con la dinámica inicial, incluso hubiéramos cerrado el espacio, no se hubiera mantenido, porque a ese ritmo no es posible” (Docente 4).

“Pienso, dentro de la práctica, ¿qué experiencias puedo buscar o qué oportunidades para que el estudiante pueda reflexionar sobre la teoría y la podamos retomar ya de manera bien concreta?, especialmente con lo que tiene que ver con aspectos clínicos ¡verdad! con aspectos sobre los que no tenemos tanta oportunidad de abordar en el centro diurno, por ejemplo” (Docente 1).

“Parte como de mi autorreflexión de ver qué, cómo están mis estudiantes, pero también a la larga cómo podemos hacer ese cambio y entonces mucho también va para mí; bueno “qué estoy haciendo mal o qué no estoy haciendo bien que tal vez el estudiante no alcanzó el nivel que yo esperaba en un mes” ¡verdad!, o no lo veo manejando bien los talleres, siempre anda como muy perdido muy desubicados, o los veo que se estresan demasiado ¡verdad!, todo ese tipo de cosas es como también lo que yo trato de valorar y para mí misma, ver si fue algo que tal vez no les he explicado bien o que tal vez no han captado cuál es la intención o el objetivo principal de que estemos en ese lugar” (Docente 2).

Los cuatro docentes afirman hacer una valoración o autoevaluación de lo realizado, a través de preguntas, dedicando tiempo a pensar o reflexionando sobre las experiencias. Por tanto, al analizar la evaluación de prácticas docentes, Calatayud (2018) concluye que es un instrumento de mejora que está al servicio de quien enseña y de quien aprende. Por su parte, Díaz (2010) resalta que los procesos de autoevaluación de la persona docente resultan más eficaces y productivas contrario a cuando se imponen mecanismos rígidos como la inspección o la evaluación externa por parte de las jefaturas, esto debido a que la reflexión que conlleva la autoevaluación va sustentada en su autonomía profesional docente, la cual es considerada como un agente potencializador de excelencia profesional.

No obstante, la autoevaluación no resulta fácil, de seguro por eso en la investigación realizada por Rodríguez y Hernández (2018, p.516) obtienen como resultado que para las personas docentes “la autoinspección de lo que se hace no es percibida como una necesidad, menos como un componente esencial en la enseñanza”. Por esto, Muñoz, Villagra y Sepúlveda (2016, p. 80) dicen destacar “la capacidad que debe tener la persona docente de reconocer las fortalezas y debilidades de su labor diaria y potenciar sus competencias por medio de la actualización y formación continua”. Esta capacidad es la que permite los procesos de mejora producto de la reflexión diaria y global que realiza la persona docente en la evaluación de la enseñanza: fase postactiva, además estos autores señalan que “la mejora se desarrolla con foco en los procesos y no solo en los resultados” (Muñoz, Villagra y Sepúlveda, 2016, p. 80), por tanto, las reflexiones deben ser amplias y considerar todos los elementos involucrados y vividos, no únicamente los elementos concretos materializados al finalizar el curso.

En contraste con lo anterior, el comentario de la persona Docente 2, sitúa sus reflexiones enfocadas en el desempeño de sus estudiantes y no propiamente sobre su actuar. Es importante señalar que, la participación del estudiante es muy importante, como se planteará en los próximos párrafos, no obstante, dicha reflexión no debería estar centrada únicamente en función de los resultados alcanzados por el estudiantado, debido a que el éxito de las experiencias o las consideraciones positivas de ellas, dependen de otros muchos factores a parte del estudiante, como es el contexto y la persona docente como tal.

Por otra parte, Arnaiz y Azorín (2014) mencionan que el estudiantado y la persona docente son los principales actores del proceso educativo. Por tanto, es esperable considerar que la persona docente tome parte al estudiante en la reflexión de lo vivido en los escenarios de práctica docente. Al respecto todas las personas docentes aseguran que involucran la opinión de sus estudiantes como parte de la evaluación de las experiencias vividas, lo hacen de la siguiente manera:

“Sí, sí. Cuando terminan..., si hay..., con respecto a los artículos o las actividades que yo les presento, yo llego y les pregunto “ok qué les pareció”, “bueno ese artículo estuvo muy malo porque tiene esa y esa característica” y te lo despedazan, o “me gusta mucho esta estrategia porque tal y tal y tal cosa”, “¿qué podemos hacer para mejorar?” “esto y esto y esto se puede hacer”. Entonces todo el tiempo paso preguntando “¿si les ha gustado la actividad que se realizó?, ¿la lectura usted considera que es acorde?, ¿cómo se van sintiendo?, ¿cómo se sienten en lo que llevamos?, ¿en lo que estamos, podemos hacer un cambio o no lo podemos hacer?, ¿qué consideran?” y todo el asunto. Yo si les pregunto, hay pequeñas cosas que son muchísimo más importantes, ciertas actitudes o ciertas palabras que a veces no es tan necesario que yo llegue y le pregunte “si le gustó” sino que ellos de alguna manera te rescatan porque, así como te hacen leña, te rescatan las condiciones que realmente ellos consideran que fue bueno, que ha sido un esfuerzo, muchas cosas. Entonces en definitiva considero que para que estas cosas vayan a ser, - permanezcan el próximo semestre-, tuvieron que haber pasado por la evaluación de los estudiantes, en definitiva” (Docente 3).

“Sí realmente hay un capítulo, esa parte de la post clínica, de ¿cómo se sintieron?, ¿qué piensan al respecto?... entonces a través de esos espacios de post clínica: de ¿cómo se sintieron? ¡verdad! ¿por dónde vamos? Etc., etc. Y al final en el informe donde hay recomendaciones se puede realmente extraer, digamos, la importancia de que a pesar de que son 3 momentos se logra amarrar” (Docente 4).

“Di para mí eso es fundamental, ajá, para mí eso es importantísimo, bueno yo cuando planeo las cosas, las planeo según mi parecer ¡verdad!, según lo que diga la teoría, pero ya en el momento de... de darle play, de proyectarlo a los estudiantes van a entrar ciertas subjetividades que me van a permitir abrir un poco más los ojos ¿verdad? entonces el estudiante me va a decir: “profe es que este libro que usted nos está recomendando dice algo un poco diferente a lo que vimos en la clase”. Entonces el estudiante es el que le va... yo creo que el estudiante es que le va diciendo a uno cómo va saliendo todo ¡verdad! y qué cambios debería ir teniendo uno en el rumbo ¿verdad?” (Docente 1).

“Sí claro, yo sí, por supuesto, yo trato de hacerlo de manera individual para que se sientan como un poco con la confianza de que conversemos y un poco esa parte de “bueno: qué te ha parecido, cómo podríamos mejorar, desde la parte suya propia individual, qué sientes que te ha faltado, o usted se siente que sí que ha dado todo el esfuerzo o no, qué te falta o qué te está costando más” ...” (Docente 2).

Arnaiz y Azorín (2014) sugieren que la voz del estudiante debe ser tomada en cuenta junto con la comunidad escolar para poder tener una visión global. Por su parte, Calatayud (2018) incluye la retroalimentación o valoración del estudiantado y la revisión de evidencias documentales como exámenes o diarios realizados por ellos, como estrategias necesarias para obtener la información suficiente para evaluación integral de las prácticas realizadas.

A modo de cierre, Calatayud (2018) reconoce que todo docente debe conocer cuál es la eficiencia de su actuación, el papel de los recursos y de la metodología utilizada, el grado de satisfacción de la programación prevista, entre otras cosas; esto lo asocia a ser un buen profesional, con capacidad de reflexionar sobre su propia práctica y a la vez introducir estrategias que permitan su desarrollo.

4.4. TEORÍA DE LA ACTIVIDAD

Al considerar la Teoría de la Actividad según los resultados de esta investigación, su aplicación se muestra en la figura 19:

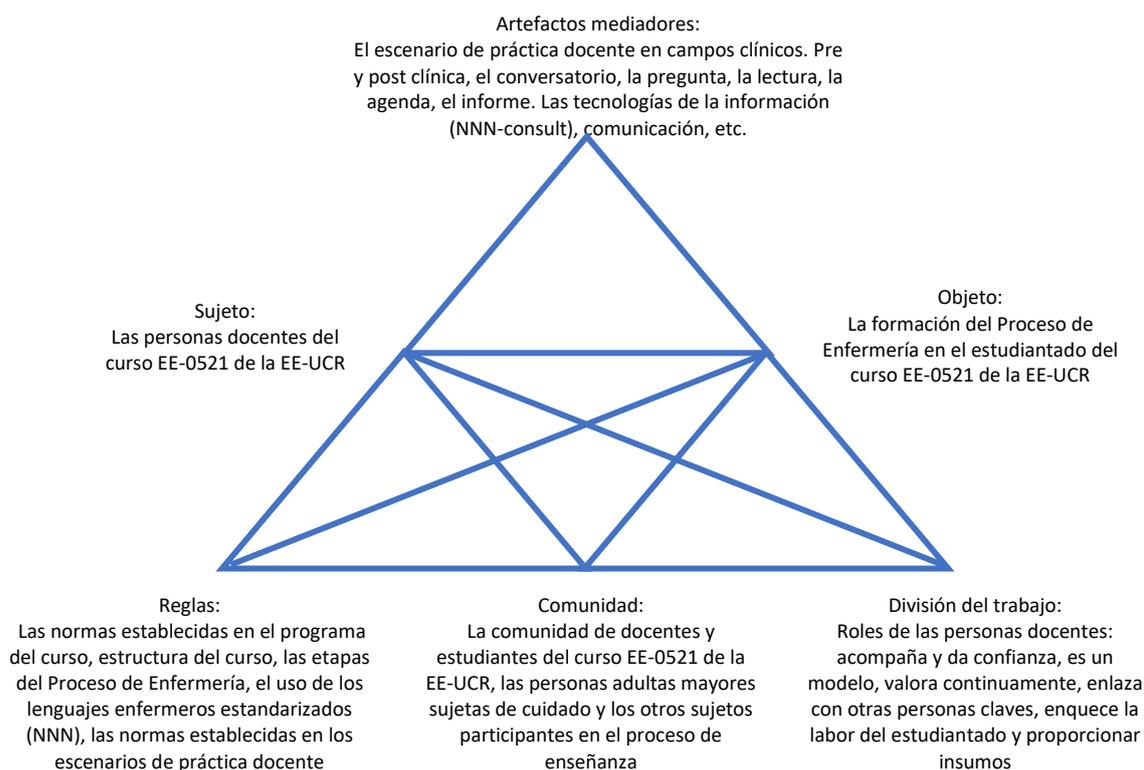


Figura 19. Aplicación de la Teoría de la Actividad en las prácticas docentes desarrolladas en relación con el Proceso de Enfermería en la Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica (EE-UCR) (elaboración propia)

En la aplicación de la Teoría de la Actividad sobre las prácticas docentes desarrolladas en relación con el Proceso de Enfermería en la Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica (EE-UCR) se determina como sujetos a las personas docente del curso en cuestión, el cual utiliza una diversidad de instrumentos o artefactos mediadores para lograr conseguir el objeto, es decir, la formación del Proceso de Enfermería en el estudiantado del curso EE-0512/Módulo 6: Intervención de Enfermería con la adultez mayor de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR).

Al seguir, los cinco principios de la Teoría de la Actividad aplicados a los resultados obtenidos, se pueden ampliar de la siguiente manera:

-El primer principio se basa en que la unidad de análisis es un sistema de actividad colectivo, mediado por artefactos y orientado hacia objetos, considerado en el contexto de sus relaciones de red con otros sistemas de actividad (Daniels, 2003). Es decir, se da una interacción de las personas docentes del curso EE-0521 de la EE-UCR a través de los artefactos mediadores, los cuales son el escenario de práctica docente en campos clínicos, la pre y post clínica, el conversatorio, la pregunta, la lectura, la agenda, el informe, las tecnologías de la información (NNN-consult), la comunicación efectiva, etc., para la formación del Proceso de Enfermería en el estudiantado del curso EE-0521 de la EE-UCR.

-El segundo principio es la multivocalidad de los sistemas de actividad o también entendido como la multiplicidad de voces (Daniels, 2003). En donde no solo están consideradas las voces de las personas docentes y del estudiantado, sino también la comunidad, es decir, las personas adultas mayores sujetas de cuidado y los otros sujetos participantes en el proceso de enseñanza.

-El tercer principio es la historicidad que nos lleva a comprender que los sistemas de actividad se conforman y se transforman durante largos periodos de tiempo, por lo que sus problemas y su potencial, sólo se pueden entender en relación con su propia historia (Daniels, 2003). Aquí resulta necesario señalar el uso del Proceso de Enfermería como método dentro de la historia de la profesionalización de la disciplina y cómo a través de las décadas se ha ido conformado lo que se vive hoy.

-El cuarto principio es el papel fundamental de las contradicciones, las cuales son tensiones estructurales que resultan ser fuente de cambio y desarrollo, pues generan perturbaciones y conflicto, pero también intentos innovadores de cambiar la actividad (Daniels, 2003). Al respecto la contradicción identificada corresponde al uso de los lenguajes enfermeros estandarizados en la formación del Proceso de Enfermería, los cuales han traído nuevos elementos y consideraciones. Se impresiona que, a la fecha,

las perturbaciones son menores, pues son solo algunos aspectos sin homologar los señalados por las personas docentes.

-El quinto principio establece la posibilidad de transformaciones expansivas en los sistemas de actividad, los cuales pasan por ciclos relativamente largos de transformaciones cualitativas, en donde las contradicciones empiezan a cuestionar las normas establecidas y a apartarse de ellas, terminando en un objeto colectivo y en un esfuerzo en colaboración para producir un cambio, dándose la transformación expansiva para adoptar un horizonte de posibilidades muchísimo más amplio que en el mundo anterior de la actividad (Daniels, 2003). Al respecto se podría pensar que una transformación expansiva a futuro, en el sistema de actividad, será la división de la etapa de Planificación del Proceso de Enfermería en planificación de resultados y planificación de intervenciones, como se esta conceptualizando internacionalmente.

Estos principios se aplican considerando las reglas del sistema de actividad, las cuales son las normas establecidas en el programa del curso, estructura del curso, las etapas del Proceso de Enfermería, el uso de los lenguajes enfermeros estandarizados (NNN), las normas establecidas en los escenarios de práctica docente. Permitiendo con ello, dividir el trabajo a través de los roles de las personas docentes, quienes se identifican como acompañantes que dan confianza, modelos, que valora continuamente el desempeño del estudiantado, enlazadores con otras personas claves, enquecedores de la labor del estudiantado y proporcionan insumos valiosos para el proceso de enseñanza.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

Conclusiones

1- Para las personas docentes de enfermería, el Proceso de Enfermería es definido como un método que permite dar forma u orden a las intervenciones de enfermería, y a la vez, posiciona este quehacer como algo científico. La enfermería es una ciencia reciente, el Proceso de Enfermería, apenas se puede considerar septuagenario, por lo que se sigue construyendo en sus bases y constantemente surgen nuevos posicionamientos. Por tanto, para la enseñanza del Proceso de Enfermería se requiere de constante actualización que permita mantener homologados los criterios con la comunidad científica internacional. Esto es posible gracias a los procesos formativos desarrollados entre las personas docentes, sin embargo, al analizar las concepciones que estas tienen sobre cada etapa del Proceso de Enfermería, podría decirse que los criterios en su mayoría concuerdan, pero la falta de detalles y profundización en las etapas de planificación, ejecución y evaluación, no permiten mayor análisis.

2- Al ahondarse en el contexto en el que la persona docente gestiona el proceso de enseñanza relacionado al Proceso de Enfermería se destaca que este cuenta con condiciones y características únicas a las que la persona docente debe hacer frente. No obstante, los escenarios de práctica docente son considerados ideales, ya que hay apertura en las instituciones y su personal, hay credibilidad y aceptación hacia la labor realizada y se cuenta con las condiciones físicas para desarrollar las experiencias formativas. Llama la atención que pareciera, se ha dado escasa importancia a la labor de la persona docentes de enfermería en escenarios fuera de los hospitales, pues existe poca investigación. En el contexto comunitario hay gran diversidad y un alto grado de imprevisibilidad en las condiciones, retando diariamente a la persona docente, pues no solo debe considerar las necesidades del estudiantado sino también a las de las personas sujetas de cuidado y los otros sujetos participantes del proceso de enseñanza que resultan ser informantes claves, al mismo tiempo que debe considerar las habilidades sociales para propiciar la interacción fluida, directa y con límites claros.

3- Las prácticas docentes son las acciones que conforman el quehacer cotidiano, por tanto, poder reconocer el paso a paso de lo que se realizará, se realiza, o se realizó es indispensable para nutrir su labor. Por la naturaleza del curso en cuestión, se puso en relieve la complejidad y el entramado que hay detrás de la toma de decisiones anticipadas de las personas docentes y las posibles implicaciones, ellas afirman realizar diversas actividades asociadas a la planificación principalmente con las jefaturas de las instituciones de los escenarios de práctica docente. A la hora de interactuar con el estudiantado implementan una serie de estrategias (pre y post clínica, el conversatorio, la pregunta, la lectura, la agenda y el informe) que se repiten a lo largo de la experiencia formativa y donde asumen un rol activo de acompañamiento y confianza, siendo modelos, valorando continuamente, sirviendo como enlace con personas claves, completando lo faltante y proporcionando insumos. Las personas docentes reconocen la importancia de valorar y reflexionar sobre lo realizado, ya sea al momento o posteriormente, considerando, además, los aportes del estudiantado.

4- La Teoría de la Actividad resultó útil para analizar las prácticas docentes desarrolladas en relación con el Proceso de Enfermería, permitiendo identificar los artefactos mediadores, la división del trabajo, las reglas explícitas e implícitas del sistema en medio de una comunidad puntual. Donde se apuntan las contradicciones y transformaciones expansivas según la comunidad científica internacional de enfermería.

Recomendaciones

A la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica:

1- Mantener y reforzar los procesos formativos para personal docente en relación con el Proceso de Enfermería, ya que permiten adquirir, repensar y/o profundizar los conocimientos al respecto.

2- Crear espacios de reflexión sobre las prácticas docentes desarrolladas por las personas docentes de la unidad académica, posibilitando el máximo aprovechamiento de los recursos, experiencias y conocimientos donde se nutran unos a otros.

3- Continuar explorando, a través de procesos investigativos, sobre las prácticas docentes en niveles diferentes al analizado en este estudio, con el fin de comparar las realidades e identificar aspectos de mejorar continua.

4- Incentivar al personal docente a la publicación científica asociada a las prácticas docentes en escenarios no hospitalarios como insumo a la disciplina y la comunidad académica.

A las personas docentes Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica:

1- Mantener y propiciar los procesos formativos de manera continua en el tema, independiente de lo proporcionado en la unidad académica, dando énfasis en las últimas etapas del Proceso de Enfermería: planificación, ejecución y evaluación.

Bibliografía

- Aguayo, M., Castelló, M., Monereo, C. (2015). Incidentes críticos en los docentes de enfermería: descubriendo una nueva identidad. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 68, 2, 219-227. Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267040408006>
- Aguilera, R. (2013). Identidad y diferenciación entre Método y Metodología. *Estudios Políticos*, 9, 28, 81-103. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/4264/426439549004.pdf>
- Aguirre, V. (2007). La evaluación de la actividad docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR). *Educación*, 31, 1, 65-76. Disponible en <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/view/1253/1316>
- Alfaro, R. (2009). *Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería. Un enfoque práctico para un pensamiento centrado en los resultados* (4^{ta} ed). Barcelona, España: Elsevier.
- Alfaro, R. (2014). *Aplicación del proceso enfermero. Fundamento del razonamiento clínico* (8^a ed.). España: Wolters Kluwer Health.
- Alvarado, J. (2016). Características del enfermero y enfermera que ejerce la enseñanza a nivel universitario. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 31, 1-14. Disponible en <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/25632/25967>
- Álvarez, C., Ortiz, L., Pérez, C. (2018). Percepción de las competencias docentes del tutor clínico según estudiantes de odontología de universidad chilena. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 32, 2, 1-16. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/educacion/cem-2018/cem182j.pdf>

Álvarez, C., San Fabián, J. (2012). La elección del estudio de caso en investigación educativa. *Gazeta de Antropología*, 28, 1, 1-12. Disponible en [http://www.ugr.es/~pwlac/G28_14Carmen Alvarez-JoseLuis SanFabian.html](http://www.ugr.es/~pwlac/G28_14Carmen%20Alvarez-JoseLuis%20SanFabian.html)

Álvarez, C., Silió, G., y Fernández, E. (2012). Planificación, colaboración, innovación: tres claves para conseguir una buena práctica docente universitaria. *Revista de Docencia Universitaria*, 10, 1, 415-430. Disponible en <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=efe434b4-98dd-4a61-8625-30426851e33f%40sessionmgr4008>

Amaro, M. (2004). Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 20, 3. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009

Amayuela, G. (2016). Comunicación y su relación con la educación en el contexto universitario. *Alternativas en Psicología*, 1, 8-19. Disponible en <https://www.alternativas.me/attachments/article/119/Comunicaci%C3%B3n%20y%20su%20relaci%C3%B3n%20con%20la%20educaci%C3%B3n%20en%20el%20contexto%20universitario.pdf>

Anijovich, R., Mora, S. (2010). *Estrategias de enseñanza. Otra mirada al quehacer en el aula*. Buenos Aires: Aique Grupo Editor.

Arenas, S., Burgos, R., Lizcano, C., Rebolledo, H., Barrero, N., Pataquiva, A., Suárez, C. (2014). *El Informe*. Colombia: Universidad Sergio Arboleda.

Arnaiz, P., Azorín, C. (2014). Autoevaluación docente para la mejora de los procesos educativos en escuelas que caminan hacia la inclusión. *Revista Colombiana de Educación*, 67, 227-245. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/4136/413638647006.pdf>

- Avelino, C., Costa, L., Buchhorn, S., Noriega, D., Goyatá, S. (2017). Avaliação do ensino-aprendizagem sobre CIPE utilizando o ambiente virtual de aprendizagem. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 70, 3, 630-637. Disponible en <https://www.scielo.br/j/reben/a/RYf6JXNfKxMYQm8J955zfVL/?format=pdf&lang=pt>
- Baldrich, I., Navarro, C., Lázaro, A. (2016). Imagen de la enfermería en la sociedad española y medios de comunicación. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 7, 2, 310-323. Disponible en <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3455/2089>
- Barrantes, R. (2006). *Investigación: un camino al conocimiento, un enfoque cuantitativo y cualitativo*. San José, Costa Rica: Editorial EUNED.
- Barrera, F. (2008). *El aprendizaje entre pares como estrategia de formación continua de profesores*. Trabajo final de graduación para optar por el título de Licenciado en Psicología. Universidad de Chile. Santiago, Chile. Disponible en http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/106118/barrera_f.pdf?sequence=3
- Bayindir, A., Olgun, N. (2015). Do problem-solving skills affect success in nursing process applications? An Application Among Turkish Nursing Students. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26, 2, 90-95.
- Becerril, M., Ponce, G. (2013). Propuesta para la enseñanza del cuidado en enfermería. *Revista Enfermería Universitaria*, 6, 1, 33-41.
- Bellido, J. (2006). Sobre el modelo AREA y el Proceso Enfermero. *Inquietudes*, 35, 21-29. Disponible en http://www.index-f.com/inquietudes/35pdf/35_articulo_21_29-0707.pdf

- Benoit, C. (2020). La formulación de preguntas como estrategia didáctica para motivar la reflexión en el aula. *Cuadernos de Investigación Educativa*, 11, 2, 95-115. Disponible en <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cie/v11n2/1688-9304-cie-11-02-95.pdf>
- Bernal, M., Ponce, G. (2009). Propuesta para la enseñanza del cuidado en Enfermería. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 6, 1, 33-41. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2009/eu091e.pdf>
- Betrián, B., Galitó, N., García, N., Jové, G., Macarulla, M. (2013). La triangulación múltiple como estrategia metodológica. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 11, 4, 5-24. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4463445.pdf>
- Bisquerra, R. (2000). *Métodos de investigación educativa. Guía práctica*. España: CEAC Educación.
- Boaventura, A., Santos, P., Duran, E. (2017). Conocimiento teórico-práctico del enfermero del Proceso de Enfermería y Sistematización de Enfermería. *Enfermería Global*, 46, 182-193. Disponible en <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/1695-6141-eg-16-46-00182.pdf>
- Brenes, G. Masís, K., Rapso, M. (Coord.) (2020). *II Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica*. Universidad de Costa Rica, CCP, PIAM, CONAPAM. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica. Disponible en <http://repositorio.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/81562/DOCUMENTO%2011%20de%20agosto%202020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bunge, M. (2009). *La investigación científica*. México: Siglo XXI Editores.
- Caballero, E., Becerra, R., Hullin, C. (2010). *Proceso de enfermería e informática para la gestión del cuidado*. Santiago Chile: Editorial Mediterráneo.

Caballero, E., Aguilar, N., Alegría, M., Díaz, I., Chacón, C., Hernández, A., Rienzo, A. (2015). Nivel de uso del lenguaje estandarizado en el Proceso de Enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 4, 1, 39-45. Disponible en <https://core.ac.uk/download/pdf/234706343.pdf>

Calatayud, M. (2018). La autoevaluación. Una propuesta formativa e innovadora. *Revista Iberoamericana de Educación*, 76, 2, 135-152. Disponible en <https://rieoei.org/RIE/article/download/3081/3964/>

Campos, R. (2000). *Caracterización de una excelente práctica docente universitaria (estudio de caso en la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia)*. Trabajo final de graduación para optar por el título de Doctor en Educación. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Campos, R. (2020). La libertad de cátedra y la universidad que innova. *Revista Actualidades Investigativas en Educación*, 20, 1, 1-21. Disponible en <https://www.scielo.sa.cr/pdf/aie/v20n1/1409-4703-aie-20-01-479.pdf>

Campos, C., Jaimovich, S., Wigodski, J., Aedo, V. (2017). Conocimientos y uso clínico de la metodología enfermera (NANDA, NIC, NOC) en enfermeras/os que trabajan en Chile. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm*, 7, 1, 33-42. Disponible en [https://www.researchgate.net/publication/312167211 CONOCIMIENTOS Y USO CLINICO DE LA METODOLOGIA ENFERMERA NANDA NIC NOC EN ENFERMERASOS QUE TRABAJAN EN CHILE](https://www.researchgate.net/publication/312167211_CONOCIMIENTOS_Y_USO_CLINICO_DE_LA_METODOLOGIA_ENFERMERA_NANDA_NIC_NOC_EN_ENFERMERASOS_QUE TRABAJAN EN CHILE)

Canales, A., Leyva, Y., Luna, E., Rueda, M. (2014). *Análisis de las condiciones contextuales para el desarrollo de la docencia*. En Rodríguez, J. *Aportaciones metodológicas a la evaluación a gran escala del aprendizaje y su contexto*. Guadalajara, Jalisco: Editorial Universitaria. Disponible en [https://www.researchgate.net/publication/312906048 Aportaciones metodologicas a la evaluacion a gran escala del aprendizaje y su contexto](https://www.researchgate.net/publication/312906048_Aportaciones_metodologicas_a_la_evaluacion_a_gran_escala_del_aprendizaje_y_su_contexto)

- Cano, M., De Castro, D. (2013). Una aproximación a las prácticas de lectura en la universidad. *Grafías Disciplinarias de la UCP*, 20, 33-46. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5031480.pdf>
- Carriazo, C., Pérez, M., Gaviria, K. (2020). Planificación educativa como herramienta fundamental para una educación con calidad. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 25, 3, 87, 94. Disponible en <https://www.redalyc.org/jatsRepo/279/27963600007/27963600007.pdf>
- Carpenito, L. (2010). Invited Paper: Teaching Nursing Diagnosis to Increase Utilization After Graduation. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 21, 3, 124-133.
- Carvalho, E., Oliveira, A., Morais, S. (2017). Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 70, 3, 662-688.
- Casasola, W. (2020). El papel de la didáctica en los procesos de enseñanza y aprendizaje universitarios. *Revista Comunicación*, 29, 41, 1, 38-51. Disponible en <https://www.scielo.sa.cr/pdf/com/v29n1/1659-3820-com-29-01-38.pdf>
- Casero, A. (2016). Deconstrucción del “buen profesor”. Análisis de las características formales y no formales de la docencia universitaria. *RELIEVE*, 22,2, 1-14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7203/relieve.22.2.9419>
- CCSS (2014). *Manual de procedimientos de enfermería*. San José: Seguro Social. Disponible en <https://www.binasss.sa.cr/protocolos/manualenfermeria.pdf>
- Cebreiro, B., Fernández, M. (2004). Estudio de casos, en F. Salvador Mata, J. L. Rodríguez Diéguez y A. Bolívar Botia, *Diccionario enciclopédico de didáctica*. Málaga: Aljibe.

- Chaiklin, S., Lave, J. (2001). *Estudiar las prácticas. Perspectivas sobre actividad y contexto*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Chrizostimo, M., Brandão, A. (2015). La formación profesional del enfermero: “estado del arte”. *Enfermería Global*, 40, 414-429.
- Cisterna, F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*, 14, 1, 61-71. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/299/29900107.pdf>
- Comisión de Autoevaluación y Acreditación (2013). *Informe de autoevaluación con fines de reacreditación oficial de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Costa Rica*. Costa Rica.
- CONAPAM (2021). Listado de Organizaciones de Bienestar Social a las cuales el CONAPAM entrega recursos económicos. Disponible en <https://www.conapam.go.cr/organizaciones/>
- CONAPAM (2013). Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores: informe sobre implementación del programa año, 2012. San José, Costa Rica. CONAPAM. Disponible en <https://www.conapam.go.cr/mantenimiento/FOLLETO%20RED%20DE%20CUIDO%20-%20%20CONAPAM.pdf>
- Contreras, J., Sepúlveda, C. (2015). El modelaje como fuente de aprendizaje. Ficha VALORAS actualizada de la 1ª Edición “El modelaje según Bandura” (2003). Disponible en <http://valoras.uc.cl/images/centro-recursos/docentes/RolDocente/Fichas/El-modelaje-como-fuente-de-aprendizaje-2018.pdf>
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). (2002). *Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos*.

Programa Regional de Bioética OPS/OMS. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/BIO/CIOMS.pdf>

Consejo Universitario (1978). *Reglamento de tesis del Sistema de Estudios de Posgrado. San José, Costa Rica*. Universidad de Costa Rica.

Daniels, H. (2003). *Vygotsky y la pedagogía*. Buenos Aires: Paidós Ibérica.

Decreto Ejecutivo N° 29679-S. Manual de Normas para el funcionamiento de Establecimientos de Atención Integral a las Personas Adultas Mayores. San José, Costa Rica. 09/08/2001. Disponible en http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=46801&nValor3=89001&strTipM=T
C

Decreto ejecutivo N° 36607-MP. Declara de interés público la conformación y desarrollo de la red de atención progresiva para el cuidado integral de las personas adultas mayores en Costa Rica. José, Costa Rica. 17/06/2011. Disponible en http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=70487&nValor3=85095&strTipM=T
C

Decreto Ejecutivo No. 37165-S. N° Gaceta: 123, Alcance: 83. Reglamento para el otorgamiento del permiso sanitario de funcionamiento de los hogares de larga estancia para personas adultas mayores. José, Costa Rica. 26/06/2012. Disponible en http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=72787&nValor3=89000&strTipM=T
C

De Dios, M, Gómez, S., Domínguez, P., Rodrigues, M., Pina, P. (2020). Enfermería durante la guerra civil española y su posguerra (1936-1949): olvido e inhabilitación. *Revista*

de *Enfermagem Referência*, 2, 1-7. Disponible en <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=c793b386-3e32-4a95-ba71-220a1037c63c%40sessionmgr103>

De Hoyos, S. (2019). El método científico y la filosofía como herramientas para generar conocimiento. *Revista Filosofía UIS*, 19, 1, 229-245. Disponible en <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=bddaf5f8-18a0-4098-b2f9-5bb9e0b6ef8b%40sessionmgr4006>

De Oliveria, C., Da Silva, A., Do Nascimento, A. (2007). Percepciones de los alumnos de enfermería sobre la dimensión humana dentro de su aprendizaje. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 15, 2, 207-213.

De Vargas, E. (2006). La situación de enseñanza y aprendizaje como sistema de actividad: el alumno, el espacio de interacción y el profesor. *Revista Iberoamericana de Educación*, 39,4, 1-11.

Díaz, A., Hernández, G. (2002). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista* (4ª ed.). México: McGraw-Hill.

Díaz, F. (coord) (2010). *Modelo para autoevaluar la práctica docente*. (2ª ed.). España: Wolters Kluwer.

Díaz, R., Amador, R. Alonso, R., Campo, A., Mederos M., Oria, M. (2015). Evaluación del conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería. Estudiantes de licenciatura de Enfermería. Facultad "Lidia Doce". 2013. *Enfermería Universitaria*, 12,1, 36-40. Disponible en <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/science/article/pii/S1665706316300665>

Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2019).

Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2021).

Diccionario etimológico, 2021 <http://etimologias.dechile.net/?me.todo>

Donizetti, D. Nazário, R., Wopereis, M., Aurélio, M., Oliveira, A. (2019). Validation and applicability of instrument for documenting the nursing process in intensive care. *Enfermería Clínica*, 30, 4-15. Disponible en <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/science/article/pii/S2445147919300852>

Dos Santos, N., & Dos Santos, T. (2016). Reflective practice among nursing students in clinical teaching. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 11, 121–131. Disponible en <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=a65109ea-fc37-4594-88c5-0a04d8946c0e%40pdc-v-sessmgr02>

Durango, Z. (2017). Niveles de comprensión lectora en los estudiantes de la Corporación Universitaria. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 51, 156-174. Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194252398011>

Durante, E. (2012). La enseñanza en el ambiente clínico: principios y métodos. *Revista de Docencia Universitaria*, 10, 149 – 175.

Engeström, Y. (2001). El aprendizaje expansivo en el trabajo: hacia una reconceptualización teórica de la actividad. *Journal of Education and Work*, 14,1,1-16).

Escuela de Enfermería (1997). *Reestructuración del bachillerato que se transforma en la licenciatura en Enfermería. Resolución n° 6479-98*. Universidad de Costa Rica. Costa Rica.

Escuela de Enfermería (2015). *Diseño curricular. Plan de estudios de licenciatura en enfermería*. Universidad de Costa Rica. Costa Rica.

- Federico, L. (2017). Una mirada filosófica del Proceso de Atención en Enfermería Aportes a la enseñanza en enfermería. *Territorios del Cuidado*, 2,1,2, 63-76. Disponible en http://sociales.unq.edu.ar/wp-content/uploads/2017/12/revista_territorios_del_cuidado-COMBINADA-CON-ISSN.pdf
- Fennelly, O., Grogan, L. Reed, A., Hardiker, N., (2021). Use of standardized terminologies in clinical practice: A scoping review. *International Journal of Medical Informatics*, 149, 1-11. Disponible en https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/134821/01.SCP_Tesis.pdf?sequence=1
- Fernández, S. (2016). La comunicación terapéutica: acompañando a la persona en el camino de la enfermedad. *Panace*, 17, 44, 111-114. Disponible en https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n44_tribuna-SFernandezPeris.pdf
- Fierro, C., Fortoul, B., Rosas, L. (1999). *Transformando la práctica docente. Una propuesta basada en la investigación-acción*. México: Paidós.
- Findlow, S. (2012). Higher education change and professional-academic identity in newly 'academic' disciplines: the case of nurse education. *High Educations*, 63, 117–133.
- Flick, U. (2015). *Diseño de la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Flórez, C., Mayorga, A., Vargas, L. (2017). La práctica formativa como escenario de aprendizaje significativo del cuidado de enfermería. *Rev. Colomb. Enferm*, 14, 12, 93-103. Disponible en: <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/2031/1565>

- Flores, F., Contreras, N. y Martínez, A. (2012). Evaluación del aprendizaje en la educación médica. *Revista de la facultad de Medicina de la UNAM*, 55, 3, 42-48. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2012/un123h.pdf>
- Gaitán, C., Martínez, D., Gatarayih, G., Romero, J., Saavedra, M., Alvarado, P. (2005). *Caracterización de la práctica docente universitaria. Estudio de casos: pregrado*. Trabajo final de graduación para optar por el título de Master en Educación. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá. Bogotá, Colombia.
- García, J. (2005). *La bioética ante la enfermedad de Alzheimer*. España: Editorial Desclée de Brouwer.
- García-Valcarcel, A. (2001). *Didáctica universitaria*. Madrid: Editorial La Muralla.
- Garzón, A., Gil, J. (2018) Gestión del tiempo en alumnado universitario con diferentes niveles de rendimiento académico. *Educ. Pesqui., São Paulo*, 44, 1-16. Disponible en <https://www.scielo.br/j/ep/a/wzzVSrPRRXYDHDcsr5XJ98n/?lang=es&format=pdf>
- Ghenadenik, M. (2017). El rol del docente en la universidad. *Reflexión Académica en Diseño y Comunicación*, XVIII, 30, 41-43. Disponible en https://fido.palermo.edu/servicios_dyc/publicacionesdc/archivos/636_libro.pdf
- Gil, M. (2019). Marco de referencia para el desarrollo de la competencia del Proceso Atención de Enfermería Geronto-Geriátrica en estudiantes de Licenciatura en Enfermería. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 6,3,1-21. Disponible en <https://www.dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/1845/1908>
- Giménez, M., Alguacil, M., Escamilla, P. (2018). La importancia de la comunicación en enfermería. *Revista de Investigación en Psicología Social*, 6, 2, 24-33. Disponible

en https://www.researchgate.net/profile/Mario-Alguacil/publication/326148320_La_importancia_de_la_comunicacion_en_enfermeria/links/5b3b53a34585150d23f2444b/La-importancia-de-la-comunicacion-en-enfermeria.pdf

Gómez, M., Rodríguez, B. (2013). Situación de enfermería como herramienta para enseñar el proceso de atención de enfermería. *Revista CUIDARTE*, 4, 1, 544-549.

González, M. (2006). El profesor tutor: una necesidad de la universidad del siglo XXI. *Revista Cubana de Educación Superior*, 26, 2, p. 23-36.

González, M., Monroy, A. (2016). Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería Universitaria*, 13, 2, 124-129. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n2/1665-7063-eu-13-02-00124.pdf>

González, P., Chaves, A. (2009) Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 11, 2, 47-76.

González, T., Guevara, B. (2018). Responsabilidad ética del docente de enfermería en el fomento de la calidad de vida de estudiantes universitarios. *Duazary*, 15, 1, 87-93. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6258006.pdf>

Gros, B., Kirschner, P. (2008). *La investigación sobre la docencia universitaria: el uso de los entornos electrónicos en la educación superior*. Barcelona: Ediciones OCTAEDRO.

Gutiérrez, A. (2012). *Manejo de la información documental: guía para organizar fuentes de información* (2ª ed.). México: Trillas.

Guadarrama, D., Delgado, P., Martínez, M., López, E., Acevedo, M., Noguera, C., Camacho, J., (2017). Integración del proceso enfermero en la historia clínica electrónica de un hospital universitario. *Rev Calid Asist*, 32,3, 127-134. Disponible

en <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/science/article/pii/S1134282X17300210>

Guadarrama, G., Garrido, C., Nava, G., Alberto, M. (2017). Respuestas humanas del profesional de enfermería ante la contaminación acústica. *Enf Neurol*, 16, 2, 91-104. Disponible en <https://revenferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/download/241/241/>

Guerrero, L., Gallego, L., Triviño, Z. (2017). *Fundamentos en los procesos básicos de los cuidados de enfermería*. Tomo I [Libro electrónico]. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali. Disponible en <https://repository.usc.edu.co/bitstream/handle/20.500.12421/272/Libro;jsessionid=2A7B6FF524C424245E8162F2CC960727?sequence=4>

Guzmán, A. (2013). Gestión curricular: la Experiencia de la Licenciatura En Enfermería De la Universidad De Costa Rica. *Rev. Actual en Costa Rica*, 24, 1-14. Disponible en <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/download/8407/7933/>

Gvirtz, S., Palamidessi, M. (2006). *El ABC de la tarea docente: curriculum y enseñanza*. Buenos Aires: Aique Grupo Editor.

Harland, T. (2017). *Enseñanza universitaria. Una guía introductoria*. Madrid, España: Ediciones Morata.

Harrison, C y Killion, J. (2007). Ten roles for teacher leaders. *Teachers Leaders Pages*, 65 (1), 74-77. Disponible en https://pdo.ascd.org/LMSCourses/PD13OC010M/media/Leading_Prof_Learning_M2_Reading1.pdf

Herdman, H., Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación*. 2018-2020. 11ª ed. Madrid: Elsevier.

- Hernández, A., Illesca, M., Cabezas, M. (2013). Opinión de estudiantes de la Carrera de Enfermería Universidad Autónoma de Chile, Temuco, sobre las Prácticas Clínicas. *Ciencia y Enfermería*, 19, 1, 131-144. Disponible en https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v19n1/art_12.pdf
- Hernández, S., Francis, S., Gonzaga, W. Montenegro, V. (2002). *Estrategias didácticas en la formación de docentes*. Universidad de Costa Rica, San José: Editorial UCR.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª ed.). México: Editorial McGraw-Hill.
- Hickey, J., Hasnani, J., Ryba, K. (2015). Bridging the Theory-Practice Gap: Situated Learning as a Pedagogical Framework for Teaching Undergraduate Nursing Students. *The Journal of Educational Thought*, 48, 1/2, 25-41.
- Hurtado, J. (2010). *Metodología de la investigación Holística* (3ª ed.). Caracas: Fundación Sypal.
- Lenise, M., De Souza, M., Monticelli, M., Cometto, M., Gómez, P. (2013). *Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Jara, F., Lizano, A. (2016). Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Enfermería Universitaria*, 13, 4, 208-215. Disponible en <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/science/article/pii/S1665706316300410>
- Jiménez, K., Meneses, M., Rodríguez, B., Jiménez, A., Flores, N., (2017). Gestión del cuidado enfermero y el rol docente en la práctica asistencial familiar comunitaria Lima-Norte Perú. *Rev enferm Herediana*, 10, 1, 34-41. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/3129>

- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., McCloskey, J., Maas, M., Moorhead, S., Swanson, E. (2007). *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones* (2^{da}. ed). Barcelona, España: Elsevier.
- Johnson, L. Edward, K. Giandinoto, J. (2018). A systematic literature review of accuracy in nursing care plans and using standardised nursing language. *Collegian*, 25, 355–361. Disponible en <https://www.collegianjournal.com/action/showPdf?pii=S1322-7696%2817%2930230-5>
- Jonet, J., González, J., Perales, M. (2012). Diseño de cuestionarios de contexto para la evaluación de sistemas educativos: Optimización de la medida de constructos complejos. *Bordón*, 64, 2, 89-110. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3960804.pdf>
- José, F. (2016). La Comunicación. *Salus*, 20, 3, 5-6. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375949531002.pdf>
- Kautz, D., Kuiper, R., Pesut, D., Williams, R. (2006). Using NANDA, NIC, and NOC (NNN) language for clinical reasoning with the outcome-present state-test (OPT) Model. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 17,3, 129-138.
- Kontos, C. (2016). Teoría de la actividad. Aprendizaje expansivo e instrumentos para la reflexión sobre la práctica profesional, interacción alumno-docente y alumno-alumno, y otros agentes en el aula taller. *Reflexión Pedagógica*, 12,124, 67-70.
- Kin, Y. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (2^a ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Kuiper, R., O'Donnell, S., Pesut, D., Turrise, S. (2017). *The essentials of clinical reasoning for nurses. Using the Outcome-Present State-Test Model for Reflective Practice*. Indianapolis USA: Sigma Theta Tau International.

LaDuke, S. (2008). Death to Nursing Care Plans! *AJN*, 108, 6, 13.

Laguado, E., Camargo, K. Campo, E., Martín, M. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*, 28, 3, 135-141. Disponible en <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00135.pdf>

Landeros, E., Salazar, B., Cruz, E. (2009). La influencia del positivismo en la investigación y práctica de enfermería. *Index Enfermería*, 18, 4, 263-266. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400011

Lerner, D. (2001). *Leer y escribir en la escuela: lo real, lo posible y lo necesario*. México: Fondo de Cultura Económica.

Ley 7935. Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. José, Costa Rica. 25/10/1999. Disponible en http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=43655&nValor3=95259&strTipM

Liljedhal, M., Engqvist, L., Porthén, Ch. y Bolander, K. (2014). What students really learn: contrasting medical and nursing students' experiences of the clinical learning environment. *Advance in health Sciences Education*, 20, 3, 765–779.

Loáiciga, S., Camacho, A. (2017). Mi experiencia docente en el contexto de las aulas costarricenses: el disfrute de retomar las acciones del pedagogo, inspiraciones en el Repertorio Americano. *Repertorio Americano*, 27, 103-121. Disponible en <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/repertorio/article/download/11060/13951/>

- Löffmark, A., Morberg, A., Öhlund, L., Ilicki, J. (2009). Supervising mentors' lived experience on supervision in teaching, nursing and social care education. A participation-oriented phenomenological study. *High Educations*, 57, 107-123.
- Londoño, G. (2015). La docencia universitaria: realidad compleja y en construcción. Miradas desde el estado del arte. *Itinerario Educativo*, 24, 47-85. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/308044541_La_docencia_universitaria_a_realidad_compleja_y_en_construccion_Miradas_desde_el_estado_del_arte
- López, G. (2012). Pensamiento crítico en el aula. *Docencia e Investigación*, 37,22, 41-60. Disponible en https://www.educacion.to.uclm.es/pdf/revistaDI/3_22_2012.pdf
- López, M. (2011). *El cuidado: un imperativo para la bioética*. Madrid: Imprenta Kadmos.
- Lucarelli, E. (2009). *Teoría y práctica en la universidad. La innovación en las aulas*. Argentina: Miño y Dávila.
- Lucarelli, E., Finkelstein, C., Donato, M., Calvo, G., Del Regno, P., Gardey, M., Nepomneschi, M., Solberg, V. (2009). La enseñanza de prácticas profesionales en la universidad: Estilos docentes diversos para aprendizajes complejos en las clínicas odontológicas. *Profesorado, Revista de Currículum y Formación del Profesorado*, 13, 1, 1-18.
- Lucca, N., Berríos, R. (2003). *Investigación cualitativa. Fundamentos, diseños y estrategias* (2ª ed.). Puerto Rico: Ediciones SM.
- Luis, M., Fernández, C., Navarro, M. (2005). *De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. España: Editorial Elsevier Masson.
- Maldonado, A. (2001). *Aprendizaje y comunicación*. México: Prentice Hall.

- Mansilla, J., Rocouz, A. (2016). Vivencias del rol docente clínico de enfermeras de hospitales del sur de Chile. *Ciencia y Enfermería*, 22, 1, 101-111. Disponible en https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v22n1/art_09.pdf
- Maroto, O. (2017). Evaluación de los aprendizajes en escenarios clínicos: ¿Qué evaluar y por qué? *Revista Educación*, 41, 1, 1-18. Disponible en <https://www.scielo.sa.cr/pdf/edu/v41n1/2215-2644-edu-41-01-00133.pdf>
- Marriner, A. (1983). *El proceso de atención de enfermería, un enfoque científico*. México: Manual Moderno.
- Martí, A., Martínez, R., Valcárcel N. (2018). La comunicación entre profesores y estudiantes universitarios durante el desarrollo del Proceso Docente Educativo. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 32, 2, 1-10. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/educacion/cem-2018/cem182y.pdf>
- Martínez, J. (2016). Prácticas evaluativas del proceso de atención de enfermería: una visión de docentes y estudiantes. *Revista CUIDARTE*, 8, 1, 1459-1475.
- Martínez, M., Chamorro, E. (2011). *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero* (2ª ed.). Madrid: ELSEVIER.
- Martinic, S. (2015). El tiempo y el aprendizaje escolar la experiencia de la extensión de la jornada escolar en Chile. *Revista Brasileira de Educação*, 20, 61, 479-499. Disponible en <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/9rRWP86hspfYnsYhyKNrv7Q/?format=pdf&lang=es>
- Mateo, E., Tomás, J. (2006). La visión de la enfermera en los niños. *Ágora de Enfermería*, 10, 1, 916-920. Disponible en <http://www.agoradenfermeria.eu/CAST/num005/recerca01.html>

- Mick, J. (2017). Llamamiento a la acción. Cómo implementar la práctica de enfermería basada en la evidencia. *Nursing 2017*, 34, 6, 41-47. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-pdf-S0212538217301826>
- Miranda, F. (2018). Políticas de infraestructura educativa y su efecto en el aprendizaje de los estudiantes: un análisis comparado en países de América Latina. *Revista Latinoamericana de Educación Comparada*, 9, 13, 154-174. Disponible en <https://www.saece.com.ar/relec/revistas/13/est2.pdf>
- Miranda, K., Rodríguez, Y., Cajachagua, M. (2019). Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. *Enfermería Universitaria*, 16, 4, 374-389. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v16n4/2395-8421-eu-16-04-374.pdf>
- Monereo, C., Domínguez, C. (2014). La identidad docente de los profesores universitarios competentes. *Educación*, XXI, 17,2, 83-104.
- Montes, L., Caballero, T., Miranda, M. (2017). Análisis de las prácticas docentes: estado del conocimiento en DOAJ y EBSCO (2006-2016). *Revista de Investigación Educativa*, 25, 197-229. <http://www.scielo.org.mx/pdf/cpue/n25/1870-5308-cpue-25-00197.pdf>
- Moorhead, S. (2019). Ten Paths to Data-Driven Care Using NIC and NOC. *Nurse Leader*, 17, 6, 522-525. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1541461219302538>
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., Swanson, E. (2018). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de Resultados en Salud* (6^{ta} ed.). Barcelona, España: Elsevier.

- Morán, L., Quezada, A., García, P., González, S., Godínez, Aguilera, M. (2016). Resolver problemas y tomar decisiones, esencia de práctica reflexiva en enfermería. Análisis de la literatura. *Enfermería Universitaria*, 13, 1, 47-54.
- Moreno, M., Nelly, E., García, D. (2013). Percepción de los estudiantes de enfermería sobre el ambiente de aprendizaje durante sus prácticas clínicas. *Revista CUIDARTE*, 4, 1, 444-449. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359533224003.pdf>
- Moreno, M., Prado, E., García, D. (2013). Percepción de los estudiantes de enfermería sobre el ambiente de aprendizaje durante sus prácticas clínicas. *Revista CUIDARTE*, 4, 1, 444-449.
- Morón, F. (2015). La importancia de hacer buenas preguntas a nuestros alumnos de la ESO. *Revista Arista Digital*, 54, 1-12. Disponible en https://documen.site/queue/la-importancia-de-hacer-buenas-preguntas-a-nuestros_pdf?queue_id=-1&x=1641852207&z=MTg2LjY0LjE5Ni42Mw==
- Muñoz, D., Andrade, M., Cisneros, M. (2011). *Estrategias de interacción oral en el aula: una didáctica crítica del discurso educativo*. Bogotá: Editorial Magisterio.
- Muñoz, J., Villagra, C. Sepúlveda, S. (2016). Proceso de reflexión docente para mejorar las prácticas de evaluación de aprendizaje en el contexto de la educación para jóvenes y adultos (EPJA). *Folios*, 44, 77-91. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/folios/n44/n44a05.pdf>
- NANDA Internacional (2019). *Diagnósticos enfermeros. Deficiones y clasificaciones 2018-2020*. (11ª ed.). España: Elsevier.
- NANDA Internacional (2021). *Diagnósticos enfermeros. Deficiones y clasificaciones 2021-2023*. (12ª ed.). España: Elsevier.

Nicastro, S., Greco, M. (2009). *Entre trayectorias. Escenas y pensamientos en espacios de formación*. Rosario: Homo Sapiens Ediciones.

NNNConsult. (2015). *Manual de uso Taxonomías NANDA, NOC, NIC Planes de Cuidados*. Elsevier. Disponible en <https://biblioteca.ucm.es/data/cont/media/www/pag-21364/Guia%20NNN%20Consult%20Planes.pdf>

NNNConsult. (2021). PLAN_00006. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/planEdit/629/>

Otzen, T., Manterola, C., Rodríguez, I., García, M. (2017). La necesidad de aplicar el método científico en investigación clínica. Problemas, beneficios y factibilidad del desarrollo de protocolos de investigación. *Int. J. Morphol.*, 35, 3, 1031-1036. Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n3/art35.pdf>

Paricahua, J., Quispe, W. (2021). Estrategias de lectura y la comprensión lectora en textos digitales de los estudiantes de la Universidad Nacional Amazónica de Madre de Dios, Perú. *Revista Electrónica Calidad en la Educación Superior*, 12, 1, 178-200. Disponible en <https://revistas.uned.ac.cr/index.php/revistacalidad/article/view/2877>

Parra, D., González, D., Pinto, D., (2017). Proceso de enfermería en un estudio de familia de persona adulta mayor en atención primaria de salud. *Enfermería Universitaria*, 14, 1, 67-75. Disponible en <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/science/article/pii/S1665706316300665>

Parrales, M., Sornoza, D., Cano, R., Moreira, M. (2018). Una mirada acerca de la comunicación en la Educación Superior. *Polo del Conocimiento*, 3, 6, 277-289. Disponible en <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/download/525/pdf>

- Peña, P. (2014). *Aplicación sistemática de estrategias didácticas de historia, geografía y economía por los docentes de la educación básica regular*. Trabajo final de graduación para optar por el grado de Maestría en Educación con mención Histórica, Universidad de Piura, Facultad de Ciencia de la Educación, Perú.
- Pérez, A. (2018). Práctica docente y currículo: Un marco de análisis constructorista. *Revista Electrónica Educare*, 22, 3, 1-15. Disponible en <https://www.scielo.sa.cr/pdf/ree/v22n3/1409-4258-ree-22-03-402.pdf>
- Pérez, A., Sarmiento, J., Zabalza, M. (2012). Las prácticas de enseñanza de los mejores profesores de la Universidad de Vigo: el ámbito de conocimiento tecnológico. *Revista de Docencia Universitaria*, 10, 1, 145-175.
- Pérez, M. (2009). Aplicación del modelo AREA y el modelo DREOM en la elaboración de un plan de cuidados. *Inquietudes*, 42, 04-11. Disponible en <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1342076837.pdf>
- Picado, F. (2001). *Didáctica General: una perspectiva integradora*. San José, C.R.: EUNED.
- Pokorski, S., Moraes, M., Chiarelli, R., Costanzi, A., Rabelo, E. (2009). Proceso de Enfermería: de la literatura a la práctica: ¿Qué estamos haciendo, de hecho? *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 17, 3.
- Ponti, L., Castillo, T., Vignatti, A., Monaco, M. Nuñez, J. (2017). Conocimientos y dificultades del proceso de atención de enfermería en la práctica. *Educación Médica Superior*, 32, 4, 1-12. Disponible en Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=60e2cfbd-21e8-4380-b730-3b9e844c9b81%40pdc-v-sessmgr02>
- Porcel, A. (2021). Teoría y práctica: Reflexiones sobre los diagnósticos enfermeros y su aplicabilidad en los entornos clínicos. *Enfermería Clínica*, 31, 1-3. Disponible en

<https://www-sciencedirect-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/science/article/pii/S1130862120305945>

Porlán, R. (2017). *Enseñanza Universitaria. Cómo mejorarla*. España: Morata.

Prieto, M., Mijares, B. Llorent, V. (2015). Cualidades del docente para la planificación curricular desde la perspectiva de los propios docentes y de sus estudiantes universitarios. *Revista de Docencia Universitaria*, 13, 1, 159-179. Disponible en <https://polipapers.upv.es/index.php/REDU/article/view/6439/6504>

Puerta, C. (2016). El acompañamiento educativo como estrategia de cercanía impulsadora del aprendizaje del estudiante. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 49, 1-6. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/1942/194247574001.pdf>

Ramírez, A. (2016). Proceso de Enfermería; lo que sí es y lo que no es. *Enfermería Universitaria*, 13, 2, 71-72. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n2/1665-7063-eu-13-02-00071.pdf>

Ramírez, N. (2016). Abordaje conceptual del cuidado para mejorar la práctica de Enfermería. *Enfermería en Costa Rica*, 34, 2, 66-71. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/307475042_Abordaje_conceptual_de_l_cuidado_para_mejorar_la_practica_de_Enfermeria_RESUMEN_Articulos_Originales

Ramírez, P., Müggenburg, C. (2015). Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Universitaria*, 12, 3, 134-143. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n3/1665-7063-eu-12-03-00134.pdf>

Reina, N. (2010). El Proceso de Enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral Científico*, 17, 18-23.

- Reverter, J., Alonso, J., Molina, F. (2017). La formación continua del profesorado universitario en España: análisis del programa de la Universidad de Lleida. *Intercambio/Échange*, 1, 195-211. Disponible en <https://core.ac.uk/download/pdf/154824374.pdf>
- Reyes, E. (2009). *Fundamentos de enfermería: Ciencia. metodología y tecnología*. México: El Manual Moderno.
- Rios, A., Artigas, M., Sancho, M., Blanco, C., Acedo, M., Calvet, G., Hermosilla, E., Adamuz, J., Juvé, M. (2020). Lenguajes enfermeros estandarizados y planes de cuidados. Percepción de su empleo y utilidad en atención primaria. *Atención Primaria*, 52, 10, 750-758. Disponible en <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/science/article/pii/S021265671930157X>
- Rivera, J., Jiménez., M., Rodríguez, S. (2013). El tutor clínico. Una mirada de los estudiantes de Licenciatura de Enfermería y Obstetricia. *Enfermería Universitaria*, 10, 3, 92-97.
- Rodríguez, A; Pérez, A. (2017) Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. *Revista Escuela de Administración de Negocios*, 82, 179-200. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/ean/n82/0120-8160-ean-82-00179.pdf>
- Rodríguez, J., Hernández, F. (2018). Problematización de las prácticas docentes y contextualización de la enseñanza. *Propósitos y Representaciones*, 6, 1, 507-541. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/pyr/v6n1/a11v6n1.pdf>
- Rodríguez, G., Gil, J., García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
- Rodríguez, M. (2019). Percepción de los estudiantes del Grado en Enfermería sobre su entorno de prácticas clínicas: un estudio fenomenológico. *Enfermería Clínica*, 29,

5, 264-270. Disponible en <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/science/article/pii/S1130862118302559>

Rodríguez, M., López, P., Ribeiro, E. (2017). La teoría de la actividad como lente para caracterizar la acción docente de un profesor de física. *Enseñanza de las Ciencias: Revista de Investigación y Experiencias Didácticas*, Extra, 1387-1392.

Rodríguez, S., Cárdenas, M. (2009). *Manual del Modelo de tutoría clínica de Enfermería fundamental con perspectiva reflexiva para enfermeras(os) tutoras(es)*. México: PAPIIT.

Rosa Rifà, R., Rodríguez, M., Pérez, I., Lamoglia, M., Costa, L. (2019). Relación entre precisión diagnóstica y actitud frente a los diagnósticos de enfermería en estudiantes de grado. *Educ Med.*, 20, S2, 33-38. Disponible en <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/science/article/pii/S1575181318300809>

Rubio, J. (2016). Papel de enfermería en el juicio clínico: la valoración y el diagnóstico (2ª parte). *Enfermería en Cardiología*, 23, 69, 30-39. Disponible en https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/69_02.pdf

Rueda, M., Alonso, A., Guerra, M., Martínez, M. (2014). El contexto: factor clave en el desarrollo de la docencia en la universidad. *Revista Argentina de Educación Superior*, 6, 9, 9-36. Disponible en http://www.revistaraes.net/revistas/raes9_art1.pdf

Salas, F. (2016). Aportes del modelo de Yrjö Engeström al desarrollo teórico de la docencia universitaria. *Revista Educación*, 40, 2, 1-22.

Salas, M. (2003). Teoría y método. El estatus científico de la enfermería: paradigma, método y naturaleza de su objeto de estudio. *Cultura de los cuidados*, 7,14, 71-78.

Disponible en:
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/1045/1/culturacuidados_14_09.pdf

Samper, M (1996). *Teorías de las seis lecturas, cómo enseñar a leer y a escribir ensayos, tomo II bachillerato y universidad*. Bogotá: Fundación Alberto Merani.

Sarramona, J. (2012). Autonomía y calidad de la educación. *Educació i Cultura*, 23, 7-21.

Disponible en
http://ibdigital.uib.cat/greenstone/collect/educacio/index/assoc/Educacio/i_Cultu/ra_2012v.dir/Educacio_i_Cultura_2012v23p007.pdf

Serrano, M., Pérez, D., Solarte, N. Torrado, L. (2018). La redacción científica: herramienta para el estudiante de pregrado. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 29, 56, 208-223.

Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6610210>

Solano, A. (2012). La imagen social de la enfermería en Costa Rica y su construcción desde la autoimagen profesional. *Enfermería en Costa Rica*, 33, 2, 54-56.

Disponible en <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v33n2/edit.pdf>

Stake, R. (2005). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.

Tapia, C., Cubo, S. (2017). Habilidades sociales relevantes: percepciones de múltiples actores educativos. *Revista Internacional de Investigación en Educación*, 9, 19, 133-148.

Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/2810/281052678007.pdf>

Tardif, M. (2004). *Los saberes del docente y su desarrollo profesional*. Madrid, España: NARCEA.

Tiga, D., Parra, D., Domínguez, C. (2014). Competencias en Proceso de Enfermería en Estudiantes de práctica clínica. *Revista CUIDARTE*, 5, 1, 585-594.

Universidad de Ciencias y Humanidades (UCH). (2011). *Metodología del cuidado de enfermería: Guía del docente. Estrategias didácticas para la enseñanza-aprendizaje del Proceso de Enfermería*. Perú.

Universidad de Costa Rica (1985). *Reglamento sobre departamentos, secciones y cursos*. Consejo Universitario. San José, Costa Rica. Disponible en https://www.cu.ucr.ac.cr/normativ/departamentos_secciones_cursos.pdf

Universidad de Costa Rica (2019). Sistema de Actualización Estudiantil (SAE). San José Costa Rica.

Urra, E. (2009). Avances de la ciencia de enfermería y su relación con la disciplina. *Ciencia y Enfermería*, 15, 2, 9-18. Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v15n2/art02.pdf>

Urra, E., Hernández, A. (2015). La naturaleza del conocimiento de enfermería: reflexiones para el debate de una mejor comprensión de los cuidados. *Ciencia y Enfermería*, 21, 3, 113-122. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n3/art_10.pdf

Uriarte, S., Ponce, G., Bernal, M. (2016) Vivencias cotidianas en espacios clínicos del estudiante de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 13, 3, 171-177. Disponible en <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/science/article/pii/S1665706316300252>

Valcárcel, N. (2016). *Apuntes para el examen estatal de Mínimo de la Especialidad de Ciencias de la Educación Médica*. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.

Valverde, M. (2009). La comunicación pedagógica: elemento transformador de la práctica educativa. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, 9, 2, 1-18.

- Van de Velde, H. (2014). Aprender a preguntar, preguntar para aprender. ¿Cómo lo hacemos para aprovechar al máximo la pregunta como recurso pedagógico-didáctico? ABACOenRED Aprendizajes Basados en Actitudes Cooperativas. Disponible en: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sapu/wp-content/uploads/2013/12/4.-Aprender-a-Preguntar-Preguntar-para-Aprender.pdf>
- Vialart, N., Medina, I., Gavilondo, X. (2018). La cultura profesional del docente de enfermería: Preparación ante las tecnologías informáticas. *Revista Cubana de Enfermería*, 34, 2. Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1556/359>
- Vicerrectoría de Docencia (2016). *Resolución VD-R-9355-2016*. Vicerrectoría de Docencia, Universidad de Costa Rica. Costa Rica.
- Vidal, D., Manriquez, L. (2016). El docente como mediador de la comprensión lectora en universitarios. *Revista de la Educación Superior*, 45, 177, 95-118. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/604/60445151005.pdf>
- Vílchez, V., Sanhueza, O. (2011). Enfermería: una disciplina social. *Enfermería en Costa Rica*, 32, 2, 81-88. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n2/art6.pdf>
- Vizcarro, C.; León, J. (1998). *Nuevas tecnologías para el aprendizaje*. Madrid: Pirámide.
- Vygotsky, L. (1978). *Mind and Society*. Cambridge MA: Harvard Press University.
- Walker, V. (2017). El trabajo docente universitario como práctica relacional: sujetos, saberes e instituciones. *Educación, Lenguaje y Sociedad*, 14, 14, 1-35. Disponible en <https://cerac.unlpam.edu.ar/index.php/els/article/view/2219/2216>

Wilkinson, J. (2012). *Nursing Process and Critical Thinking* (5ª ed.). United States of America: Pearson Education.

Wilkinson, J. (2015). *Manual de diagnósticos de enfermería* (10ª ed.). Pearson.

Yildiz, M., Çetinkaya, E. (2017). The Relationship between Good Readers' Attention, Reading Fluency and Reading Comprehension. *Universal Journal of Educational Research*, 5, 3, 366-371. Disponible en <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1134476.pdf>

Zarza, A., Luna, V. (2014). Espacios vividos de la práctica en el currículum del licenciado en enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia-Universidad Nacional Autónoma de México, México. *Enfermería Universitaria*, 11, 4, 132-138.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

MAESTRÍA ACADÉMICA EN EDUCACIÓN CON ÉNFASIS EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para ser sujeto de investigación)

Las prácticas docentes desarrolladas en relación con el Proceso de Enfermería: un estudio de caso en la Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica

Nombre de la Investigadora:

María Elena Hernández Rojas.

Tutora:

Dra. Patricia Marín Sánchez.

Nombre del participante:

_____.

Propósito:

Esta investigación corresponde a un Trabajo Final de Graduación (tesis) el cual tiene como responsable a la estudiante María Elena Hernández Rojas, quien cursó la Maestría Académica en Educación con énfasis en Docencia Universitaria del Sistema de Posgrado de la Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio.

El objetivo de esta investigación es analizar las prácticas docentes en relación con el Proceso de Enfermería, en el Curso EE-0512/Módulo 6: Intervención de Enfermería con la adultez mayor de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR). Dicha propuesta surge de las reflexiones sostenidas en el marco de la Maestría Académica en Educación con énfasis en

Docencia Universitaria y el contexto laboral de la investigadora (Escuela de Enfermería).

Qué se hará:

De aceptar usted participar en esta investigación, deberá brindar información respecto a sus prácticas docentes relacionadas con el proceso de enfermería, esto por medio de una entrevista semiestructurada que la investigadora dirigirá durante los meses de mayo y junio 2020. La entrevista dura aproximadamente 2 horas pudiendo realizarse en una sola sesión o en dos, dependiendo de las coordinaciones realizadas según disponibilidad de tiempo y comodidad. Debido a la situación de la Emergencia Nacional COVID-19, las entrevistas se realizarán vía online a través de la plataforma ZOOM, por lo que se le solicita tener activada la cámara y el micrófono para favorecer y optimizar la comunicación.

Dicha información se utilizará para realizar un análisis sobre las concepciones del proceso de enfermería, las prácticas en sí mismas y el contexto como parte del proceso de enseñanza donde se realizan estas prácticas.

El análisis realizado servirá como enriquecimiento teórico no solo para la disciplina enfermera sino también para la docencia universitaria en enfermería, la cual es un área de reciente surgimiento. Será de gran provecho para la comunidad científica el poder profundizar sobre la labor de los docentes de enfermería, sus concepciones sobre proceso de enfermería y la realidad del contexto donde se desarrollan sus prácticas docentes.

El compromiso que adquiere al firmar este documento es acceder a reunirse con la investigadora para proporcionar información veraz a través de la o las entrevistas. Ahí se mantendrá un espacio donde podrá expresar sus criterios abiertamente, no habrá respuestas correctas ni incorrectas, por lo que se le pide expresarse con espontaneidad y será escuchado con respeto. La fecha y hora de la o las sesiones serán informado con el debido tiempo y en beneficio de ambas partes.

Lo que se hable durante las sesiones será grabado (audio y video), con el fin de que la investigadora pueda después transcribir y analizar las ideas expresadas. Posteriormente las grabaciones serán borradas del dispositivo empleado para dicho fin. Se mantendrá el anonimato

y la confidencialidad de la información en todo momento. Se respetará lo indicado en la legislación vigente con respecto al manejo, respaldo y resguardo de los datos.

Riesgos y beneficios:

Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio económico, ni material, ni tendrá ninguna obligación económica o material con la investigadora.

Su participación en este estudio es voluntaria. Durante la o las entrevistas, usted tendrá la libertad de no dar respuesta a preguntas que le resulten inoportunas o incómodas, además tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que pueda acarrear repercusiones negativas para usted. Cabe aclarar que la información proporcionada será de uso exclusivamente académico, por lo que no será proporcionado a ninguna persona o entidad (jefaturas).

Los resultados podrían aparecer en una o más publicaciones científicas o ser divulgados en una reunión científica (como en la defensa pública de Trabajo Final de Graduación), pero guardando el anonimato de las personas participantes.

No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

Antes de dar su autorización para participar de este estudio usted debe haber hablado previamente con la investigadora, la cual contestará todas las dudas que tenga al respecto. Si necesita información más adelante, puede obtenerla llamando a:

María Elena Hernández Rojas, teléfono 8342-6459

Patricia Marín Sánchez, teléfono 2511-4775 / 83790410

Puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación al Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud (CONIS), teléfono 22577821 extensión 119, en horario de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m.; o vía correo electrónico conis@misalud.go.cr.

Usted recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas a través de diversos medios, llamada telefónica, correo electrónico, reunión virtual por ZOOM, entre otras y éstas han sido contestadas esclareciendo mis dudas. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

Nombre, cédula y firma del sujeto participante

Fecha

Nombre, cédula y firma de la Investigadora que solicita el consentimiento

Fecha

Anexo 2. Guía de entrevista

Universidad de Costa Rica

Sistema de Estudios de Postgrado

Maestría Académica en Educación con énfasis en Docencia Universitaria

GUÍA DE ENTREVISTA

_____ sesión

Fecha _____

Lugar _____

Persona entrevistada _____

Esta es una guía de entrevista para la investigación titulada “Las prácticas docentes desarrolladas en relación con el Proceso de Enfermería: un estudio de caso en la Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica”.

I. Parte:

Proceso de Enfermería

1. ¿Qué finalidad tiene desarrollar el Proceso de Enfermería en la licenciatura? ¿Por qué lo planteas desde esa perspectiva?
 2. ¿Cuáles son las etapas del Proceso de Enfermería y en qué consisten? Explique ampliamente.
 3. Como docente, ¿Cuál de las etapas del Proceso de Enfermería le representa mayor facilidad para desarrollar en el contexto comunitario (enseñar), ¿Por cuáles razones?
 4. Como docente, ¿Cuál de las etapas del Proceso de Enfermería le representa mayor dificultad para desarrollar en el contexto comunitario (enseñar), ¿Por cuáles razones?
 5. ¿Qué considera usted que se necesita para enseñar Proceso de Enfermería en el escenario comunitario?
 6. ¿Puede usted hacerme una reseña de cómo ha adquirido los conocimientos con respecto al Proceso de Enfermería?
 7. Como docente ¿Utiliza usted el lenguaje estandarizado en el Proceso de Enfermería?, ¿Qué opinión tiene al respecto?
-

II. Parte:

Prácticas docentes

1. Pensando en el Proceso de Enfermería que se pretende desarrollar en el escenario comunitario, ¿Qué acciones de planificación realiza usted en el curso EE-0512?
 2. ¿Relaciona usted el Proceso de Enfermería con los contenidos y objetivos del curso EE-0512? ¿Cómo? ¿Por qué?
 3. Realiza usted alguna valoración con respecto a sus estudiantes sobre sus características, los conocimientos previos, sus habilidades, etc., asociadas a Proceso de Enfermería en escenarios comunitarios.
-
4. Podría usted comentar ¿Cuáles estrategias de enseñanza utiliza para acompañar usted al estudiante en el desarrollo del Proceso de Enfermería en el escenario comunitario? ¿Cómo lo hace?
 5. Estando usted en el escenario comunitario donde usted ha realizado su práctica docente, una vez que ha definido con quién o con quiénes se desarrollarán los estudiantes el Proceso de Enfermería, podría comentar: ¿Cuál es el paso a paso para desarrollar el Proceso de Enfermería en el escenario comunitario? Descríbalo ampliamente
 6. ¿Qué logros o alcances pretende usted con el desarrollo del Proceso de enfermería, desde el punto de vista educativo (no disciplinarmente)?
-
7. ¿Reflexiona usted sobre lo acontecido en el curso con respecto al Proceso de Enfermería en el escenario comunitario? ¿Qué valora usted cuando hace esa reflexión? ¿Cómo lo hace?
 8. ¿Toma en cuenta la opinión de los estudiantes en su reflexión sobre lo acontecido en el curso con respecto al Proceso de Enfermería en el escenario comunitario?
-

III. Parte:

Contexto

1. Describa el escenario comunitario (campo clínico) donde usted acompaña al estudiante en el desarrollo del Proceso de Enfermería en el curso EE-0512 (Destaque las particularidades de este contexto donde ha estado usted como el docente).
 2. Desde su opinión como docente, ¿Cuáles son las condiciones que tiene este escenario (campo clínico) para el desarrollo del Proceso de Enfermería?
 3. Desde su opinión como docente ¿Cuáles son los principales retos para acompañar al estudiante en el desarrollo del Proceso de Enfermería en este escenario?
-

Al desarrollar el Proceso de Enfermería, se establecen diferentes relaciones entre las personas involucradas: el docente, los estudiantes y los otros sujetos.

4. ¿Quiénes son los otros sujetos con los que usted interactúa cuando acompaña al estudiante en el desarrollo del Proceso de Enfermería?
5. ¿Qué papel juegan estos “otros sujetos” en el desarrollo del Proceso de Enfermería?
6. Para usted como docente: ¿Cómo influyen estos otros sujetos en los procesos de enseñanza y aprendizaje relacionados al Proceso de Enfermería en el escenario comunitario?

Recordemos, estamos en el tema de “Contexto”, por lo que la comunicación entre las personas involucradas en el escenario comunitario (campo clínico) para el desarrollo del Proceso de Enfermería es de gran interés. Por tanto,

7. Describa ¿Cómo es la comunicación que usted desarrolla con los estudiantes?
8. ¿Qué elementos o factores influyen en esa comunicación?
9. Con respecto a los otros sujetos, ¿Cómo es la comunicación que desarrolla usted con ellos y cuáles elementos tiene que tomar en cuenta a la hora de acompañar al estudiante cuando desarrolla Proceso de Enfermería?

Anexo 3. Carta para registros documentales 1

21 de febrero de 2020

MSc. Ana Guzmán Aguilar

Coordinadora

Comisión de Docencia

Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica

Estimada coordinadora:

Por este medio deseo informar a la Comisión a su cargo que, durante el primer semestre del año en curso, estaré realizando la recolección de datos asociada a la tesis para optar por el grado de Maestría Académica en Educación con énfasis en Docencia Universitaria.

La investigación se titula: Las prácticas docentes desarrolladas en relación con el Proceso de Enfermería: un estudio de caso en la Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica. Responde al objetivo general: analizar las prácticas docentes en relación con el Proceso de Enfermería, en el Curso EE-0512/Módulo 6: Intervención de Enfermería con la adultez mayor de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR). Esta investigación descriptiva se trabajará con un abordaje cualitativo.

En este proceso investigativo estaré siendo acompañada por el comité con formado por la Dra. Patricia Marín Sánchez (directora), la Dra. Vivian Vílchez Barboza y la Dra. Ana Laura Solano López (asesoras). Cabe aclarar que he cumplido con todos los requerimientos solicitados por el Sistema de Estudio de Posgrado, entre ellos la aprobación del examen de candidatura el pasado 11 de noviembre del 2019 y la debida certificación como investigadora como lo solicita el CONIS.

Agradeciendo el apoyo a estos procesos investigativos, atentamente,

María Elena Hernández Rojas

Investigadora

Docente

Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica

Anexo 4. Carta para registros documentales 2

21 de febrero de 2020

MSc. Jessica Miranda Navas

Coordinadora

Sección Adultez Mayor

Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica

Estimada coordinadora:

Por este medio deseo informarle que, como parte de los procesos reflexivos asociados a mi tesis para optar por el grado de Maestría Académica en Educación con énfasis en Docencia Universitaria, he propuesto desarrollar la investigación titulada: Las prácticas docentes desarrolladas en relación con el Proceso de Enfermería: un estudio de caso en la Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica.

La investigación responde al objetivo general: analizar las prácticas docentes en relación con el Proceso de Enfermería, en el Curso EE-0512/Módulo 6: Intervención de Enfermería con la adultez mayor de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica (EE-UCR). Es una investigación descriptiva que se trabajará con un abordaje cualitativo, teniendo como población meta los docentes del curso EE0521 que sean profesionales en enfermería y hayan participado más de una vez en este curso.

Se utilizarán diversas estrategias de recolección de datos, entre ellas entrevistas y registros o evidencias documentales. La recolección de datos se realizará durante el primer semestre del año en curso, para ello se contactará individualmente a los docentes del curso para invitarles a ser parte de la investigación, explicarles los propósitos y aclarar dudas, siempre tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión y las consideraciones éticas (incluyendo el consentimiento informado).

En este proceso investigativo estaré siendo acompañada por el comité con formado por la Dra. Patricia Marín Sánchez (directora), la Dra. Vivian Vílchez Barboza y la Dra. Ana Laura Solano López (asesoras). Además, cabe aclarar que he cumplido con todos los requerimientos solicitados por el Sistema de Estudio de Posgrado, entre ellos la aprobación del examen de candidatura el pasado 11 de noviembre del 2019 y la debida certificación como investigadora como lo dicta el CONIS.

Agradeciendo el apoyo a estos procesos investigativos, atentamente,

María Elena Hernández Rojas

Investigadora

Docente de la Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica

Anexo 5. Rúbrica de evaluación del desempeño curso EE-0512

**INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO/
PROCESO DE ENFERMERÍA (EE-0512)**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ CARNÉ: _____

Puntaje: 54puntos Puntaje obtenido: _____ pts. Nota: _____ %

Instrucciones del instrumento: La presente rúbrica tiene como finalidad servir como instrumento de evaluación del proceso de enfermería que se realizará a las personas usuarias en las diferentes subrotaciones de este Módulo. Se evaluará semanalmente y el porcentaje final asignado deberá ponderarse entre los diferentes procesos realizados por el estudiantado.

Etapas del PE	Rubros	3	2	1	NA
Etapa de Valoración	Realiza recolección de datos mediante la observación, historial de enfermería, valoración física y análisis de registros.	Presenta los cuatro elementos que permiten la valoración de la persona de manera integral.	Carece de 1 de los elementos que permitan la valoración de la persona de manera integral.	Carece de 2 o más de los elementos que permitan una valoración de la persona de manera integral.	
	Aplica el historial de enfermería fundamentado en los patrones funcionales de salud de Marjorie Gordon.	Aplica el historial de enfermería de forma satisfactoria tomando en cuenta todos los patrones funcionales de acuerdo con la persona asignada.	Aplica de manera incompleta el historial de enfermería. No toma en cuenta todos los patrones funcionales.	No aplica el historial de enfermería. No toma en cuenta los patrones funcionales.	
	Aplica escalas e indicadores empíricos dirigidos a la persona, familia y/o comunidad.	Aplica 2 o más escalas.	Aplica 1 escala.	No aplica escalas.	
	Analiza los datos recolectados guiado por un marco conceptual y teórico de acuerdo a las temáticas desarrolladas en el módulo.	Analiza ampliamente los datos utilizando el razonamiento clínico y juicio crítico.	Analiza de manera parcialmente los datos utilizando escaso razonamiento clínico y juicio crítico.	Ausencia de análisis, no utiliza el razonamiento clínico y juicio crítico.	
	Valida la información con otras fuentes o incluso con la misma fuente para verificar que los datos significan realmente lo que se presume.	Completa validación de la información recolectada.	Insuficiente o incompleta validación de la información recolectada.	Ausencia de validación de la información recolectada.	
Etapa Diagnóstica	Identifica las etiquetas diagnósticas según la taxonomía NANDA, considerando las respuestas humanas de la persona, familia o comunidad.	Identifica correctamente las etiquetas diagnósticas.	Identifica parcialmente las etiquetas diagnósticas.	No se identifican las etiquetas diagnósticas.	
	Identifica las características definitorias de la respuesta humana, persona, familia o comunidad.	Identifica correctamente las características definitorias de la respuesta humana, persona, familia o comunidad.	Identifica parcialmente las características definitorias de la respuesta relación con los dominios.	Ausencia de relación entre los hallazgos del historial de enfermería según los patrones funcionales con los dominios.	

	Rubros	3	2	1	NA
	Define la etiología o el factor relacionado que influye o determina la respuesta humana.	Define de manera adecuada la etiología o el factor relacionado que influye o determina la respuesta humana en la persona, familia o comunidad.	La etiología o el factor relacionado que influye o determina la respuesta humana en la persona, familia o comunidad no corresponden.	Carencia de definición de etiología o el factor relacionado.	
	Relaciona los patrones funcionales descritos en el historial de enfermería con los dominios y la clase a la que pertenece la etiqueta diagnóstica.	Todos los patrones funcionales están relacionados con los dominios y la clase a la que pertenece la etiqueta diagnóstica.	Algunos de los patrones funcionales están relacionados con los dominios y la clase a la que pertenece la etiqueta diagnóstica.	No se realiza la relación entre patrones funcionales, dominios y la clase a la que pertenece la etiqueta diagnóstica.	
	Realiza la priorización de diagnósticos de enfermería, considerando el criterio de la persona, familia, comunidad y/o criterio profesional.	Priorización correcta del diagnóstico de enfermería, considerando el criterio de la persona, familia, comunidad y/o criterio profesional.	Escasa claridad de criterios para la priorización.	No realiza acciones para priorizar los diagnósticos de enfermería.	
Etapa de Planeación	Identifica y prioriza los NOC según las características definitorias del diagnóstico.	Correcta identificación de los NOC.	Identificación parcial de los NOC.	No hay identificación de los NOC.	
	Identifica y prioriza los NIC según los indicadores del NOC.	Correcta identificación de los NIC.	Identificación parcial de los NIC.	No hay identificación de los NIC.	
	Define las actividades de enfermería según la taxonomía NIC.	Correcta definición de actividades de enfermería según la taxonomía NIC.	Definición parcial de las actividades de enfermería según la taxonomía NIC.	Incorrecta definición de actividades de enfermería según la taxonomía NIC.	
Etapa de Intervención	Sustenta las actividades propuestas con las teorías y modelos conceptuales de enfermería.	La totalidad de las actividades de enfermería están sustentadas con las teorías y modelos conceptuales.	Algunas de las actividades de enfermería están sustentadas con las teorías y modelos conceptuales.	Las actividades de enfermería no están sustentadas en las teorías y modelos conceptuales.	
	Valida las actividades en conjunto con la persona, familia y/o comunidad.	La totalidad de las actividades son validadas en conjunto con la persona, familia y/o comunidad.	Algunas de las actividades son validadas en conjunto con la persona, familia y/o comunidad.	No valida las actividades en conjunto con la persona, familia y/o comunidad.	
	Demuestra seguridad al implementar las acciones enfermería.	Demuestra seguridad y pertinencia cuando implementa las acciones de enfermería.	Demuestra parcialmente pertinencia y seguridad al implementar las acciones de enfermería.	Inseguridad al implementar las acciones de enfermería.	

	Rubros	3	2	1	NA
Etapas de Evaluación	Confronta los resultados obtenidos con los indicadores empíricos aplicados.	Confrontación completa de los resultados obtenidos con los indicadores empíricos aplicados.	Confrontación incompleta de los resultados obtenidos con los indicadores empíricos aplicados.	No hay confrontación de los resultados obtenidos.	
	Registra las puntuaciones con base a las escalas de medida del NOC.	El registro de las puntuaciones es correcto.	El registro de las puntuaciones presenta algunos errores.	El registro de las puntuaciones es incorrecto.	

Observaciones
