



UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

CONCEPTO DEL CUIDADO EN EL DISCURSO DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA
DE LA UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE.

Tesis presentada como parte de los
requisitos para optar al grado de
Licenciado en Enfermería

Alex Ezequiel González Rodríguez
Marcelo Ernesto Pozas Saralegui
VALDIVIA- CHILE
2009

Profesor Patrocinante:

Nombre : Carmen Cecilia Adela Molina Díaz.
Profesión : Enfermera / Matrona.
Grado : Magíster en Enfermería.
Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina, Universidad Austral de Chile.

Firma :

Profesores Informantes:

Nombre : René Mauricio Barría Pailaquilén.
Profesión : Enfermero.
Grado : Magíster en Epidemiología Clínica.
Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina, Universidad Austral de Chile.

Firma :

Nombre : Tomas Fernando Koch Ewertz
Profesión : Sociólogo.
Grado : Licenciado en Sociología, Magíster en Educación mención Políticas y
Gestión Educativas
Instituto : Instituto de Ciencias Sociales.
Facultad : Filosofía y humanidades, Universidad Austral de Chile.

Firma :

ÍNDICE

	PÁGINA
RESUMEN	4
SUMMARY	5
1. INTRODUCCIÓN	6
2. MARCO TEÓRICO	7
3. OBJETIVOS	18
4. METODOLOGÍA	19
5. RESULTADOS	29
6. CONSIDERACIONES FINALES	45
7. REFERENCIAS	48
8. ANEXOS	52

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo evidenciar el concepto del “cuidado” que poseen los estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, en sus respectivos discursos, además de identificar las conductas o acciones que asocian tanto al concepto general del cuidado, como al concepto del cuidado de Enfermería, considerando concepciones de una población que cuenta con diferentes niveles de formación profesional dentro de la carrera de Enfermería; todo esto en el marco de su apreciación como seres individuales y futuros profesionales, para que por esta vía se dilucide secundariamente, de qué forma influencia el nivel de formación académica en la conceptualización del cuidado y revele cómo se aborda el cuidado durante la formación profesional de la carrera de Enfermería de la Universidad Austral de Chile.

Se realizó una investigación cualitativa descriptiva con enfoque etnográfico, cuya recolección de datos se obtuvo por medio de la realización de grupos focales, los cuales fueron analizados a través del método de Spradley.

La selección de la muestra se realizó considerando estudiantes con diferentes niveles de formación académica alcanzada, pertenecientes al segundo, sexto y décimo semestre de la carrera de Enfermería de la Universidad Austral de Chile. De acuerdo a estos criterios se identificaron a los informantes mediante la técnica de *casos extremos* definida por Flick, en relación a la calificación obtenida en asignaturas teórico-prácticas impartidas por el Instituto de Enfermería durante el semestre inmediatamente anterior al que se encuentran cursando. Se realizaron tres grupos focales.

Al efectuar el análisis de los resultados surgieron tres temas principales: “Percepciones del concepto del Cuidado (general)”, “El concepto del Cuidado de Enfermería” y “La formación del Cuidado de Enfermería”. Dentro de los resultados, no se destacan diferencias conceptuales importantes entre los distintos grupos de estudiantes, sin embargo se evidencia la tendencia a privilegiar determinadas áreas del cuidado de Enfermería por sobre otras, dependiendo del nivel de formación profesional alcanzado, además de la influencia de la experiencia clínica en la conceptualización del cuidado, ampliando las fronteras de este concepto.

Las consideraciones finales se establecieron teniendo como base la “Teoría del cuidado humano” de Jean Watson, integrando las diferentes concepciones entregadas por los estudiantes de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, que dan forma al concepto del Cuidado que poseen.

SUMMARY

The Following investigation had as objective to demonstrate the concept of “care” that the students of the Nursery School of Universidad Austral de Chile have, in their respective speeches, beside identifying the conducts and actions that associate so much the general concept of the care, as the concept of nursery care, considering conceptions of a population that counts with different levels of professional formation inside the nursery career; all this in the frame of his appraisal as individual and future professional beings, in order to, by this route it is explained secondarily, how it influences the level of academic formation in the conceptualization of the care and reveals how the care is approached during the professional formation of the nursery career in the Universidad Austral de Chile.

We did a project of qualitative descriptive investigation by ethnographic approach, which compilation of information was obtained by means of the accomplishment of focus groups, which were analyzed across Spradley's method.

The selection of the sample was realized considering students with different levels of academic reached formation, belonging to the second, sixth and tenth semester of the nursery career of the Universidad Austral de Chile. In agreement to these criteria the informants were identified by means of the technique of extreme cases defined by Flick, in relation to the qualification obtained in subjects theoretically practices given by the Institute of Nursery during the semester immediately previous to the one that they are dealing in conclusion were performed three focus groups.

On having effected the analysis of the results there arose three principal topics: "Perceptions of the concept of the (general) care", "The concept of the Nursery Care " and "The formation of the Nursery Care". Between the results, are not outlined important conceptual differences between the different groups of students, nevertheless there is demonstrated the tendency to favour certain areas of the Nursery care above others, depending on the professional formation level reached, besides the influence of the clinical experience in the conceptualization of the care, extending the borders of this concept.

The final considerations were established having as a base the “Theory of the human care” by Jean Watson, integrating the different conceptions given by the Nursery students of the Universidad Austral de Chile, that gives shape to de concept of Care they have.

1. INTRODUCCIÓN.

Cuando hablamos del cuidado en salud, no se debe olvidar que actualmente en Chile la gestión del cuidado se encuentra a cargo de los profesionales de Enfermería, y a su vez el cuidado es el núcleo fundamental de su disciplina, siendo este su objeto principal de estudio, práctica e investigación.

Por lo anterior, nuestro interés se enmarca dentro de la necesidad de conocer el concepto entregado al “cuidado” y la influencia que tiene la formación académica de la Universidad Austral de Chile sobre la conceptualización del “cuidado de Enfermería”, considerando que la diferencia en el progreso curricular de los estudiantes puede llevar a generar tendencias potenciales en la asociación de determinadas conductas al concepto y a su vez, se revele cómo se aborda el “cuidado de Enfermería” en el transcurso de la formación académica de la profesión de Enfermería.

La formación del cuidado de Enfermería consiste en que el enfermero(a) se forma y aprende modelos que guíen su actuar, sin embargo, por tradición los profesionales de Enfermería han basado su práctica influidos fuertemente por el modelo biomédico y los avances tecnológicos en salud, los cuales conducen a una práctica rutinaria y estereotipada. Por lo anterior, la disciplina de Enfermería a través de los años ha pretendido establecer una ciencia del cuidado que justifique el actuar enfermero. Además la práctica basada en la ciencia, respalda la imagen de la Enfermería como una disciplina profesional.

Por lo tanto, la presente investigación pretendió responder la siguiente pregunta ¿Qué características y conductas asocian al Cuidado los estudiantes de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, y de qué forma influye la formación académica en la conceptualización que tienen de el Cuidado de Enfermería? Con la respuesta a esta interrogante pretendemos contribuir en la generación de evidencia que sirva de sustento para potenciales estudios futuros sobre el tema y a su vez la generación de cambios en el modo de abordar la formación sobre el cuidado por parte de la academia.

2. MARCO TEÓRICO.

El cuidado según el Diccionario de la Real Academia Española (R.A.E.) corresponde a la “acción de cuidar (asistir, guardar, conservar), el cuidado de los enfermos, de la ropa, de la casa”... (RAE, 2009).

Sin embargo, la definición lingüística de una palabra no contribuye en gran medida a su posterior estudio, debido a que no se aproxima a la totalidad de lo que el concepto es capaz de abarcar, sobre todo si hablamos del cuidado, el cual además posee un componente subjetivo. Por lo tanto, la interpretación conceptual toma gran importancia porque se relaciona con lo que las personas comprenden al utilizar los términos.

En un concepto se distinguen su contenido o significado y el término, que da forma lingüística al concepto. Bunge (1995) distingue tres niveles: El nivel real del referente, el nivel conceptual o significado, que puede ser más o menos objetivo y el nivel lingüístico, que es el término o palabra con que lo designamos. La relación que existe entre el término y el concepto es de designación. El término designa un concepto. La relación entre el nivel conceptual y el real es de referencia. El concepto se refiere a la realidad (Bunge, 1995).

El cuidado está claramente determinado por las personas en general, se cree que es un concepto asociado a las acciones que protegen a los demás. Pero éste está definido por el contexto en el cual se aplica, constituyéndose por distintos factores o acciones en cuanto se desarrolle en uno u otro lugar, por lo tanto, la cultura tiene influencia en el concepto que los individuos manejan (Salas, 2004).

Existe un componente del cuidado que puede asociarse a la naturaleza humana como tal, siendo un comportamiento innato el cual puede demostrarse a través de la respuesta que se produce al ver a un recién nacido, el cual genera estímulos que desencadenan la respuesta de ayuda en los seres humanos, brindándole de esta manera la asistencia básica. Sin embargo, estas conductas de asistencia se relacionan más a la madre, quien es capaz de reconocer “instintivamente” determinadas demandas del recién nacido, pero tanto hombre como mujer tienen las mismas capacidades de cuidado y es por tanto la cultura la que determina que ciertas actividades de cuidado sean desarrolladas por uno o por otro. En definitiva es posible reconocer un componente biológico y otro cultural, pero la influencia cultural es la que finalmente determina los cuidados (Salas, 2004; Rohrbach, 1997).

“Cuidar es universal y no distingue ni cultura, ni raza, ni edad, ni grupo profesional. Es propio a todo ser humano, aunque existen innumerables diferencias culturales. Sin embargo, la ciencia de cuidar pertenece a un grupo profesional, a la Enfermería” (Rohrbach, 1997).

“...cuidar es un acto humano, es una acción deontológica que trae consigo la proximidad entre quienes participan en él, es una acción de convivencia” (Zea, 2003).

Entonces ¿Cómo podremos diferenciar los cuidados humanos de los cuidados enfermeros? Para esto nos apoyaremos en las definiciones de Leininger (citada en Medina, 1999):

“Los cuidados genéricos (*convencionales*) son aquellos actos de asistencia, soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientados a la mejora y el desarrollo de la condición humana.”

“Los cuidados profesionales enfermeros (*profesionales*) son todos aquellos modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidado orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte.”

Ahora, ya tendríamos una clara diferenciación de lo que corresponde a los cuidados universales o inherentes al ser humano y los que son propiamente de la profesión de Enfermería, los cuales necesitan de una base teórica, por lo tanto, una formación y, por supuesto, el interés de este profesional para llevar a cabo el cuidado de otros.

Muchos de los términos empleados en Enfermería no han sido claramente definidos. Y para poder utilizarlos en investigaciones es necesario un conocimiento profundo del significado connotativo que tienen los términos en el ámbito de Enfermería.

“...a pesar de la gran importancia que el término cuidado tiene en el campo de la Enfermería, existe una gran dificultad para dar con una definición.[...]. Caring puede significar algo parecido a “tener cuidado de alguien”. Se puede ver desde el punto de vista del paciente o de la enfermera. [...] 1) cuidado como característica humana, 2) cuidado como un imperativo moral (desde el punto de vista ético, uno está obligado a proporcionarlo); 3) cuidado como muestra de afecto (sentimiento); 4) cuidado como una relación interpersonal, y 5) cuidado

como una acción terapéutica...” (Morse et al., 1990, citados en Burns & Grove, 2004).

“Hay muchas cuestiones sobre el cuidado que aún no tienen respuesta: 1) ¿el cuidado es una característica constante y uniforme; o pueden darse distintos niveles de cuidado entre los individuos?; 2) ¿el cuidado es un estado emocional que puede controlarse?; 3) ¿puede que el cuidado no tenga efectos terapéuticos? ¿puede que una enfermera cuide demasiado? 4) ¿puede que un enfermo se cure sin el cuidado de un profesional? ¿puede una enfermera ejercer una práctica segura sin cuidar?; y 5) ¿en qué mejora el paciente con el cuidado de una enfermera?” (Morse et al., 1990, citados en Burns & Grove, 2004).

La conclusión de los autores anteriormente citados fue que aún no existía una definición conceptual clara del cuidado, por lo tanto, la base de la Enfermería se encuentra en un proceso de definición que sea capaz de abarcar el amplio y subjetivo concepto en el cual se basa la Enfermería, el cuidado.

Algunas definiciones actuales que podemos encontrar en la literatura:

“...se considera como toda acción que contribuye a promover y desarrollar aquello que hace vivir a las personas y los grupos, o como aquello que promueve y fomenta la vida y la salud...” (Santacruz, 2006).

“...La esencia de la Enfermería es el CUIDADO, al cual podemos definir como, las acciones que realiza la enfermera y que tienen como finalidad tratar de resolver problemas que se interponen o influyen en la calidad de vida de las personas. El cuidado se dirige a la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud....

...El cuidado comprende elementos técnicos, aspectos afectivos, actitud y compromiso de quien lo proporciona, pero además es de especial importancia el significado del cuidado para quien lo otorga y para quién lo recibe, la intención y la meta que persigue...”¹ (Padilla, 2006).

“cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades [...] cuidar representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener a los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida” (Collière, 1993).

¹ Las mayúsculas son del autor referenciado.

“cuidado es la asistencia a la persona sana o enferma en las actividades que no puede hacer por sí misma por falta de fuerza, voluntad o conocimientos para conseguir su independencia en la satisfacción de las necesidades básicas” (Henderson, 1966, citada en Medina, 1999).

“...Cuidado en una acción, actividad o su conjunto, de asistencia o atención, además de este aspecto concreto, nos referimos a un conjunto de creencias, conocimientos, experiencias, emociones, mecanismos, sistemas y estructuras comunicativas, sensitivas, perceptivas, valores, recursos, instrumentos, gestores, etc... en cada sociedad o cultura en particular o en general, que constituyen parte de una noción que intenta describir y conocer un fenómeno de la realidad con carácter universal, en sus múltiples dimensiones y con especificidad propia”²(Salas, 2004).

“... los cuidados son un conjunto de actos de vida, habituales y cotidianos, que tienen por objeto permitir que ésta continúe y se desarrolle [...] las prácticas cuidadoras ligadas a la conservación de la especie humana...” (Collière, 1997, citada en Del Castillo & Siles, 2004).

Además de estas definiciones, vemos que se agregan conceptos nuevos que se aplican al ejercicio del cuidado de los pacientes, como: “dar asistencia directa: la ayuda dada por parte de un cuidador personal o de un familiar o persona significativa para ofrecer un cuidado personal y apropiado” (Swanson et al., 1997; citado en Burns & Grove, 2004). Para ofrecer cuidado nos debemos basar en las necesidades de los individuos y éstas comprenden diversas áreas del ser humano como las biológicas, psicológicas y sociales. De esta forma, nuestra atención no debe descuidar ninguna de estas necesidades que, por otro lado, también son individuales, debido a que cada ser es único y por lo tanto sus necesidades también lo son. Para que el cuidador pueda hacer su trabajo debe “tener sentido de la responsabilidad, una obligación filial, recursos económicos adecuados, buena salud, y el apoyo familiar y matrimonial, de esta forma, cuenta con lo básico para ejercer el cuidado a nivel de “cuidador informal”. También se han definido como requisitos importantes para ofrecer cuidados las habilidades sociales, el apoyo espiritual, la relación entre el cuidador y el receptor de cuidado y la aceptación del rol” (Swanson et al., 1997; citado en Burns & Grove, 2004) siendo esta parte de las habilidades con las que debe contar un profesional de Enfermería, a esto deben agregarse las destrezas manuales y la imaginación entre otras, para así integrar al proceso de atención la reflexión, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de las intervenciones. (Padilla, 2006).

² La mayúscula (Cuidado), es del autor referenciado.

Pero una de las grandes complicaciones del cuidado es que puede pasar desapercibido dentro de las instituciones de salud como lo señala Collière (citada en Padilla, 2006), dado que el cuidar, el creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su proceso de salud-enfermedad, a pesar de estar presentes, son invisibles para muchas de las personas excepto para los pacientes, quienes valoran todas estas actitudes y conductas. Porque cada vez que se acercan o que buscan una atención de salud, no sólo les interesa el aspecto biológico de la atención sino que también buscan compañía, apoyo, sustento emocional y en este sentido, el profesional de Enfermería tiene una gran misión, la cual es satisfacer no sólo una necesidad sino que todas las que se le presenten al paciente. Además, dentro del equipo de salud, el profesional de Enfermería es quien se encuentra más cercano al paciente y a su familia, y a su vez, estos también nos ven como la figura más cercana dentro de los equipos multidisciplinarios, por lo tanto, esto es un gran desafío para los profesionales quienes deben contar con una amplia gama de herramientas y habilidades, las que deben emplear para lograr brindar atención integral y holística.

Durán (2007) reconoce la necesidad de un proceso generador de conocimiento, producido a partir del pensamiento abstracto ya que según su visión, las respuestas a las preguntas del conocimiento nacen a partir de la abstracción. De lo anteriormente descrito, se hace indispensable el desarrollo de teorías de Enfermería entendidas según Chinn y Jacobs (citados en Durán, 2002) como "un grupo de conceptos, definiciones y proposiciones, que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, designándoles relaciones específicas (a los conceptos, definiciones) con el propósito de describir, explicar, predecir o controlar fenómenos de Enfermería".

Debido a que el cuidado es la base de la disciplina de Enfermería, éste ha sido objeto de diversos estudios, y en torno a él se han creado múltiples teorías y modelos con diversos enfoques, sin embargo nombraremos algunas/os, como:

Henderson (citada en Marriner y Raile, 2003), se refiere al cuidado como "la asistencia a la persona sana o enferma en las actividades que no puede hacer por sí misma por falta de fuerza, voluntad o conocimientos para conseguir su independencia en la satisfacción de las necesidades básicas" y establece que la Enfermería debe ayudar al individuo para que logre la independencia y autosuficiencia; para lo cual la enfermera debe crear un plan de cuidados según las necesidades identificadas en el paciente y sustentado en las 14 necesidades que ella define, basándose en las necesidades humanas que establece Maslow, y que son comunes a todos los seres humanos.

Al analizar lo planteado por Henderson se identifica claramente, que se refiere a la atención de Enfermería no sólo durante la enfermedad, sino que también en un individuo sano, el que probablemente tenga necesidad de conocimientos, los cuales no le permiten satisfacer la totalidad de las necesidades básicas que ella define. Por lo tanto, el cuidado de Enfermería se

aplicaría a toda interacción de un profesional de Enfermería con un usuario que no logre la satisfacción de las necesidades básicas, estando éste sano o enfermo.

Orem (citada en Marriner y Raile, 2003), define cuidado como “ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta”, desde su punto de vista, el autocuidado es: “conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”. Dentro de esta teoría la labor del profesional de Enfermería es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico”. Enfermería debe apoyar al paciente para que consiga finalmente el autocuidado, aportando con conocimientos, asistiéndolo si lo necesita y brindándole todas los instrumentos necesarios para la consecución del autocuidado.

Marriner y Raile (2003) se refieren a la “Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales” de Leininger (1991) en la que se definen los cuidados (sustantivo) como: “fenómenos abstractos y concretos, relacionados con las actividades de asistencia, apoyo o capacitación, dirigidas a otras personas que tienen necesidades evidentes o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida” y diferencia la acción de cuidar (verbo) refiriéndose a “acciones y actividades dirigidas a la asistencia, el apoyo o la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida o de afrontar la muerte”. Además, dentro del enfoque de su teoría describe también los cuidados culturales como “todos los valores creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte”.

Leininger es clara en el planteamiento de su teoría, estableciendo que los cuidados enfermeros deben ser adaptados a las características del medio en el que se encuentra, adoptando y valorando las creencias de los pacientes para entregar una atención integral y holística basada en la persona en particular, con sus miedos, creencias y costumbres. Por lo tanto, la teoría de Leininger propone a los profesionales contextualizar los cuidados según la población a las que se dirigen dichas acciones (Rohrbach, 1998).

Watson (citada en Marriner y Raile, 2003) desarrolló la teoría del cuidado humano, basándose en su orientación espiritual y su sistema de valores, por medio de los cuales creó diez factores cuidativos, utilizados por las enfermeras cuando se involucran en un proceso de cuidado. Esta última teoría es la piedra angular que sustenta esta investigación.

Situándonos en la realidad chilena, o la realidad que hemos podido observar en nuestra experiencia clínica, nos hace sentir dudas la utilización de un modelo conceptual que guíe la práctica o la gestión del cuidado de Enfermería, práctica sin lugar a dudas basada en la rutina o la costumbre, justificada según los mismos profesionales de Enfermería por la sobrecarga laboral, la escasez de recursos o la falta de personal, que aun cuando no dejan de ser motivos de peso, no debieran afectar o servir de excusa para no utilizar un pensamiento crítico, en el desempeño de todas las áreas del rol de la disciplina de Enfermería. Es frecuente oír el interés que el profesional de Enfermería sea reconocido por la población o lograr que la sociedad tenga una mejor percepción. Sin embargo cuesta trabajo imaginar de qué forma lograr esto sin una transformación o cambio de mentalidad, que implique extender la ciencia de Enfermería hacia el mundo (Rohrbach, 1997; Ortiz, 2001; Rosas & Soto, 2008).

Es sabido desde nuestros más incipientes niveles de formación que el cuidar es el objeto principal de estudio, práctica e investigación de la profesión de Enfermería, no sólo conceptual sino que también reconocido está legalmente reconocido en la legislación chilena, por medio del Código Sanitario, por lo que es necesario y de suma importancia realizar la transformación descrita, conscientes de la necesidad de preservar al cuidado como núcleo dentro de nuestra profesión. Este problema no sólo ocurre en nuestra realidad, por lo que se han creado nuevas concepciones de la disciplina inspiradas en brindar una solución a este paradigma de Enfermería.

Entre muchas teorías que han pretendido entregarle valor científico a la disciplina de Enfermería, destaca para efectos del propósito de esta investigación, la “Teoría del cuidado Humano” desarrollada por Watson (1979, citada en Neil & Marriner, 2003), teoría que nos entrega conceptos en los cuales es factible guiar nuestro actuar profesional como el “momento de cuidado” y la “relación transpersonal Enfermero(a) – paciente”, mediante un compromiso fundamentado en normas éticas. La autora, a lo largo de los años, ha contribuido a aportar una nueva dimensión al cuidado, denominada *caring*, que considera fenomenológicamente al cuidado como un fenómeno subjetivo, que pretende preocuparse por las experiencias de la otra persona. Reconoce que el dominio de Enfermería es el cuidado, como su aplicación en el mantenimiento y recuperación de la salud, además del apoyo en el momento último de la vida. Además, pretende generar un compromiso profesional motivador fundamentado en normas éticas, que guíen el accionar del proceso del cuidado.

La misma autora considera que el cuidado son las acciones que selecciona la enfermera en conjunto con el individuo, como parte de una relación que ella califica como transpersonal, que permite tanto el desarrollo como la expresión de las distintas capacidades humanas. Además, plantea que el objetivo del cuidado consiste en ayudar a las personas mediante un proceso de interacciones humanas para encontrar sentido o significado a su experiencia de enfermedad, también a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración, para reinstaurar su armonía, independiente de las circunstancias que la rodean.

Esta teoría se basa, en diez “factores de cuidados” que ella establece con el objetivo de entregarle un fundamento filosófico a la ciencia del cuidado (en los tres primeros factores), así como también brindar un componente fenomenológico al vínculo de los individuos partícipes de la relación con el profesional de Enfermería (Neil & Marriner, 2003). Cabe destacar y analizar estos 10 factores que forman la base de su teoría, los cuales son:

- Formación de un sistema de valores humanístico y altruista: Valores esenciales que se aprenden tempranamente durante la vida, ya sea a través de la enseñanza familiar, aunque según Watson deben ser reforzados por los profesionales de Enfermería educadores.
- Inculcación de la Fe-Esperanza: Implica tener en cuenta y sostener el sistema de creencias humanísticas, así como también el fomento de esperanza dentro de la relación Enfermero(a) – Paciente, con el fin de lograr conductas que promuevan la salud y el bienestar.
- Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y para los demás: Establece la importancia de reconocer la sensibilidad y los sentimientos propios del profesional de Enfermería que ejerce el cuidado, para que como consecuencia, estos sentimientos sean más genuinos hacia los demás.
- Desarrollo de una relación de ayuda – confianza: Esta relación sería la base del cuidado transpersonal ya que abre las puertas para la expresión libre y auténtica de los sentimientos mediante la utilización de ciertos conceptos propios de una relación cálida y afable.
- Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos: Como dice el título de este factor, es importante fomentar la expresión de sentimientos sin juzgarlos, reconociéndolos intelectual y emocionalmente.
- Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: Con esto se refiere al uso del proceso de atención para la resolución de problemas en el cuidado de Enfermería, brindándole un enfoque científico a éste; así como también, mejorando la imagen que tiene el profesional de Enfermería en la sociedad.
- Promoción de la enseñanza – aprendizaje transpersonal: Aquí se destaca una de las áreas del rol de Enfermería que es la educación, desenmarcando al cuidado de la

curación, entregando al paciente información con el fin de generar niveles crecientes de autocuidado.

- Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: Este factor reconoce la influencia que posee el entorno interno o externo en la salud o recuperación de la salud y bienestar del paciente, y de qué forma se debe crear un entorno de apoyo corrigiendo los aspectos de distinta índole que influyeron en una alteración del bienestar o salud de un paciente.
- Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: Corresponde a la satisfacción de las necesidades del paciente en todas sus áreas y de qué forma priorizar cuales de ellas deben ser satisfechas de acuerdo a su rango.
- Permitir fuerzas existenciales – fenomenológicas: Factor creado por Watson para estimular el pensamiento que genere una mejor comprensión de uno mismo como de los demás, a través de la fenomenología, que nos permite comprender los fenómenos de una situación, además de la utilización de la psicología existencial. (Neil & Marriner, 2003)

Uno de los conceptos claves de la teoría de Watson (1999) es la “Relación de Cuidado Transpersonal”, relación dependiente del compromiso moral del profesional de Enfermería en relación a proteger la dignidad de la persona, así como del conocimiento que el enfermero(a) posee sobre el cuidado, herramienta fundamental para comprender la perspectiva de la otra persona. Esta relación expone de qué forma el enfermero(a) sobrepasa la evaluación objetiva, interesándose por el concepto subjetivo que una persona le atribuye a su propia situación, permitiendo un acercamiento entre la persona y el enfermero(a) generando confianza mutua.

En resumen: “El término "transpersonal" quiere decir ir más allá del propio ego y del aquí y ahora, pues permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. Finalmente, el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad, y la armonía interior” (Rivera & Triana, 2007).

Por último, es fundamental para este estudio considerar otro concepto estipulado por Watson (1999), como es la “Ocasión de cuidado o Momento *caring*” que describe como espacio y tiempo que es creado para el cuidado. Para esto, ella define los “campos fenoménicos” que corresponderían a todas las áreas que enmarca la experiencia humana como “sentimientos, sensaciones corporales, creencias espirituales, pensamientos, expectativas, influencia del entorno, y percepciones de uno mismo”. Todo lo anteriormente descrito no se

debe exigir solamente a quien es cuidado, sino que también al agente de cuidado que debe estar conciente de su propia condición, conociendo su posición de acuerdo a estas áreas frente al momento de cuidado. Ya que la ocasión de cuidado puede influenciar a ambas partes de esta relación transpersonal, que además no puede ser como tal, sino implica involucrar ambos espíritus teniendo una repercusión sobre las capacidades humanas, ampliándolas en favor de la toma de decisiones mutuas sobre las acciones de cuidado (Rivera & Triana, 2007).

La teoría de Watson ha sido utilizada por distintos autores contemporáneos, como base de estudios que pretenden llevar a cabo un cambio, con el fin de lograr desligarse del modelo biomédico, elevando la disciplina de Enfermería a un nivel científico propio que se fundamente en nuevos modelos basados en el cuidado. Entre estos autores destacan Cronin y Harrison (1988, citados en Watson, 2008) quienes a partir de los estudios realizados por Watson, crearon un instrumento de evaluación de las conductas de cuidar denominado “*Caring Behaviors Assessment Tool*” en el cual establecen 63 conductas de cuidar que se relacionan directamente con la relación transpersonal que se debiera generar entre el profesional de Enfermería y el paciente según Watson.

Sin duda que en el transcurso de la formación profesional existe una amplia gama de enfoques de atención de Enfermería, a los cuales se le da mayor énfasis en sexto semestre de la carrera, durante el desarrollo del ramo Teorías y Modelos de Enfermería, el cual pretende contribuir a la separación de Enfermería del modelo biomédico. Pero ¿de qué forma los estudiantes interiorizan estos conceptos para ser capaces de llevarlos a la práctica? Para poder responder a esta interrogante será necesario definir el aprendizaje y para la RAE (2009) es la “adquisición por la práctica de una conducta duradera” sin embargo no se puede negar que no sólo por la práctica se logra el aprendizaje, aunque sin duda que el aprender haciendo es la metodología que logra mayor impacto en los aprendices. Según Valenzuela (2007), este tipo de aprendizaje es una metodología para la adquisición de conocimientos por parte de los estudiantes, y pretende que los alumnos aprendan a planificar, realizar y controlar en forma autónoma la tarea de aprendizaje. Además plantea que el alumno sólo aprenderá lo que estima que es necesario, por lo tanto, debe existir una necesidad de conocimientos por parte del estudiante para de esta forma lograr sacar el máximo de potencial a la enseñanza, logrando de esta forma un aprendizaje profundo.

Por medio de la búsqueda de artículos chilenos relacionados al cuidado, en bases de datos electrónicas, nos damos cuenta que tanto el concepto del cuidado, así como la percepción que se tiene de éste, no han sido estudiados en nuestro país. Así como a nivel sudamericano son pocos los estudios relacionados con la percepción del cuidado, concentrándose en una decena de artículos de publicación relativamente reciente, de los cuales destacamos, por tener mayor relación con nuestro tema de investigación, los que a continuación se exponen.

En Colombia, Pavan, Ferreira y Ferreira (2007), realizaron un estudio en 171 sujetos para conocer la percepción del cuidado y las relaciones entre las concepciones de los estudiantes y de los profesionales de Enfermería, basándose en los conceptos y clasificaciones de Morse. A través de una escala ordinal de tipo Likert (Escala de evaluación del significado del cuidar- E.E.S.C.), el cuidado se veía desde 5 perspectivas (El cuidado como: característica personal humana, imperativo moral, afecto, relación interpersonal e intervención terapéutica). Se determinó que existía una mayor correlación entre los estudiantes y profesores y que por otro lado, se encontraban los alumnos de especialización y los enfermeros clínicos. Determinando que se hace necesario un mayor acercamiento entre la enseñanza y su aplicación en el ejercicio de la profesión.

En este mismo país, se realizó otro estudio para determinar que conductas de cuidado eran más importantes para los estudiantes de Enfermería del primer semestre de la carrera. Para esto se utilizó un cuestionario tipo escala Likert, basada en los patrones de conocimientos propuestos por Carper (citado en Gómez, Daza & Zambrano, 2008), (empírico, ético, personal y estético). La muestra estuvo constituida por 86 estudiantes, quienes no han cursado asignaturas del componente disciplinar, para controlar así el riesgo de contaminación de la muestra. Los resultados señalan que la percepción de cuidado de los estudiantes se enfoca en los comportamientos de cuidado relacionados con el patrón de conocimiento empírico, es decir, con los fundamentos de asistencia clínica y técnicas para la atención de Enfermería y lo propio del patrón ético. Los patrones personal y estético se percibieron con menor frecuencia, por lo que se destaca la importancia de formar a los estudiantes en las dimensiones humanísticas del cuidado (Gómez et al., 2008).

En Perú, se desarrolló una investigación que pretendía identificar la percepción que los estudiantes tenían sobre la enseñanza que se les imparte en relación al cuidado integral del paciente, por medio de la aplicación de una escala tipo Likert modificada, en la cual se distinguía entre lo teórico y lo práctico, y para cada uno de estos ítems establecía enunciados relacionados a la atención integral. Parte de las conclusiones encontradas fueron: La enseñanza del cuidado integral del paciente es desde “medianamente favorable” a “desfavorable” (78,75%) relacionado a que las docentes durante su enseñanza descuidan, en la teoría y en la práctica, los aspectos sociales y espirituales; sin embargo existe un porcentaje significativo de 21,25% que percibe que las docentes en su enseñanza prestan importancia a los aspectos fisiológico y psicológico. La percepción de la enseñanza en la teoría fue medianamente favorable a desfavorable (74%) relacionado al aspecto social, cultural y espiritual; sin embargo, existe un porcentaje significativo de 26,2% de docentes que si enfocan el cuidado fisiológico y psicológico. La percepción en la práctica es de medianamente favorable a desfavorable (72%) relacionado aspecto social y espiritual; sin embargo existe un porcentaje considerable de 27,5% que perciben que los docentes enfocan el aspecto fisiológico, psicológico y cultural (Díaz, 2005).

3. OBJETIVOS.

Objetivo General

Describir el concepto del cuidado que poseen los estudiantes de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, reconocido en sus respectivos discursos.

Objetivos Específicos

- ❖ Describir las concepciones y características que asocian tanto al concepto del “cuidado convencional”, como al concepto del “cuidado de Enfermería”, los estudiantes de Enfermería de la Universidad Austral de Chile.
- ❖ Identificar los elementos o conductas que asocian tanto al concepto del “cuidado convencional”, como al concepto del “cuidado de Enfermería”, los estudiantes de Enfermería de la Universidad Austral de Chile.
- ❖ Relacionar de qué forma influencia el nivel formación académica en la conceptualización del cuidado de Enfermería de los estudiantes de Enfermería de la Universidad Austral de Chile.
- ❖ Indagar la forma en que se aborda el cuidado durante la formación profesional de la carrera de Enfermería de la Universidad Austral de Chile.

4. METODOLOGÍA.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

La presente investigación es de tipo cualitativa, de acuerdo a los objetivos planteados y considerando que corresponde a la mejor metodología de afrontar el tema de estudio, ya que lo que define la elección de ésta, es tanto la forma de enfocar los problemas, así como el modo en que buscamos las respuestas a los mismos (Taylor & Bogdan, 1998). Además las investigaciones cualitativas otorgan resultados adecuados cuando se pretende estudiar fenómenos de la realidad, desde las concepciones de las personas que las experimentan, teniendo en cuenta sus vivencias, percepciones, emociones o sentimientos (Sandoval, 2002). Asimismo, podemos reconocer la producción de datos descriptivos donde el investigador observa el escenario sin prejuicios ni pre concepciones (Taylor & Bogdan, 1998).

A modo de poder estudiar globalmente un grupo, se escogió un enfoque etnográfico, “método utilizado de mayor preferencia para conocer un grupo étnico o institucional (tribu, raza, nación, región, cárcel, hospital, empresa, escuela, y hasta un aula escolar, etc.)” (Martínez, 2006); sin embargo, se puede decir que la etnografía pretende, desde un punto de vista interno, comprender las acciones de un grupo que comparte por lo menos una característica en común que lo hace ser una subcultura. Ahora bien, mediante este enfoque se pretende dar respuesta a preguntas como la que plantea Sandoval: ¿En qué formas los miembros de una comunidad construyen activamente su mundo?, pregunta que engloba cualquier experiencia de un grupo social, cognitiva como vivencial, por lo que la Investigación etnográfica en definitiva busca “construir un entendimiento sistemático de todas las culturas humanas desde la perspectiva de aquellos que la han aprendido” (Spradley, 1979).

Por último, es un estudio de tipo descriptivo, ajustado a la intención de la investigación y a los objetivos planteados, además por la concordancia teórica que existe en el concepto de investigación descriptiva y lo que se busca de este estudio. “Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, -comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis” (Dankhe, citado en Hernández, Fernández, Baptista, 1997).

DISEÑO MUESTRAL

La selección de la muestra se realizó intencionadamente, considerando estudiantes con diferentes niveles de formación académica, pertenecientes al segundo, sexto y décimo semestre de la carrera de Enfermería de la Universidad Austral de Chile. De acuerdo a estos criterios, se identificaron a los informantes mediante la técnica de *casos extremos* definida por Flick (2004), en relación a la calificación obtenida en asignaturas teórico-prácticas impartidas por el Instituto de Enfermería durante el semestre inmediatamente anterior al que se encuentran cursando. Por lo tanto, se escogieron los estudiantes con los cuatro promedios más altos y los cuatro promedios más bajos, teniendo en cuenta que como mínimo el grupo focal debía estar constituido por 6 personas.

Como únicos requisitos para conformar este grupo se estableció que estos deberían haber aprobado la asignatura y firmar el consentimiento informado (Anexo 1), para de esta forma comenzar a participar en la investigación. Se excluyó de la muestra a los reprobados, debido a la posibilidad que estos se encuentren con semestre vacante y por lo tanto sea más difícil la coordinación para la realización del grupo focal.

La información relativa a las calificaciones fue solicitada y facilitada por la directora del Instituto de Enfermería de la Universidad Austral de Chile.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Grupos focales o *Focus group*.

Gaitán y Piñuel (1997) la define como una “técnica cualitativa de reunión de grupo que permite obtener un conocimiento aproximativo de la realidad social que se pretende investigar, mediante la comunicación que se produce en su seno”.

Esta técnica se utiliza principalmente para lograr realizar investigaciones de fenómenos sociales inexplorados, que son difícilmente investigables o de los cuales existen escasos datos (Gaitán & Piñuel, 1997), así como también, en la discusión de problemáticas importantes que afectan a conglomerados humanos específicos (Sandoval, 2002).

Ortíz (citado en Valles, 2007) lo caracteriza como: “técnica cualitativa de aproximación empírica a la realidad social denominada ‘reunión de grupo’, ‘discusión de

grupo', o también 'entrevista de grupo'. Se trata en este caso, aclaremos ante todo, de una práctica *sui generis*, con peculiaridades propias, que en realidad poco o nada tiene que ver con lo que se entiende -de forma rigurosa- como *dinámica de grupo* en el ámbito de la psicología de los pequeños grupos". En otras palabras el "grupo tan sólo es un marco para captar las representaciones ideológicas, valores, formaciones imaginarias y afectivas, etc., dominantes en un determinado estrato, clase o sociedad".

Patton (citado en Flick, 2004) subraya que "la entrevista del grupo de discusión es en efecto, una entrevista. No es un debate. No es una sesión de resolución de problemas. No es un grupo de toma de decisiones. Es una entrevista". Este autor equipara grupos focalizados con entrevistas de grupo sin apenas interacción grupal (Valles, 2007).

A su vez, Morgan (citado en Valles, 2007) reconoce que los grupos focales pertenecen a las entrevistas grupales, sin embargo destaca la especificidad de la técnica, "los grupos focalizados son básicamente entrevistas de grupo, aunque no en el sentido de una alternancia de las preguntas del investigador y las respuestas de los participantes de la investigación. En vez de ello, hay una dependencia de la interacción dentro del grupo, basada en los temas que proporciona el investigador, que típicamente adopta el papel de moderador. Los datos fundamentales que producen los grupos focalizados son transcripciones de discusiones de grupo".

Por otra parte, "el grupo de discusión no es equiparable a ninguna de sus modalidades próximas: no es una conversación grupal natural, no es un grupo de aprendizaje como terapia psicológica [...], tampoco es un foro público [...]; sin embargo, parasita y simula (parcialmente), a la vez, cada una de ellas" (Canales & Peinado, 1994, citado en Valles, 2007). Esta definición subraya lo específico y lo compartido de esta técnica con respecto a otras modalidades grupales, ordinarias o profesionales.

Entre las principales ventajas identificadas en este tipo de recolección de datos destacamos:

- Facilidad, abaratamiento y rapidez: el grupo en sí puede durar entre 1 ó 2 horas, sin embargo, lo que más lleva tiempo es crear un conjunto de preguntas que sean efectivas, localizar a los participantes apropiados, y entender la información que proporcionan. Si los participantes se encuentran a mano, facilita la realización de las reuniones (Morgan & Krueger, 1993, citados en Valles, 2007).

- Flexibilidad: es posible utilizarlos en gran variedad de estudios, con personas diversas y en distintos ambientes. (Stewart & Shamdasani, 1990, citados en Valles, 2007).
- Interacción grupal: se produce sinergia y retroalimentación durante la conversación, dando lugar a opiniones, sentimientos y creencias (Gaitán & Piñuel, 1997). Se genera un diálogo que se enriquece paulatinamente a través de las intervenciones que se hacen durante el transcurso de la reunión, provocando interrelaciones entre los comentarios y aseveraciones (Stewart & Shamdasani, 1990, citados en Valles, 2007). Jarret (citado en Valles, 2007) se refiere al ‘*efecto audiencia*’ donde cada uno de los participantes se ve estimulado por la presencia de los otros.

Debido a las razones anteriormente expuestas, se realizaron tres *focus group*, en las que los participantes fueron contactados en primera instancia por vía electrónica, mediante el envío de un email, y posteriormente se realizó una aproximación personal, en la que los participantes estuvieron dispuestos a colaborar.

Cada *focus group* contó con un moderador, el cual fue Marcelo Pozas S. (investigador) y con un asistente, el cual fue Alex González R. (investigador), quien se encargó de registrar las notas de campo. Una vez expuesto el tema de investigación, aclaradas las dudas y firmados los consentimientos informados se pudo iniciar con el *focus group*, según pauta (Anexo 2) confeccionada por los investigadores.

El primer grupo entrevistado estuvo compuesto por los alumnos de 5° año de la carrera, participando 6 personas, con una duración de 1 hora y 30 minutos. En la semana posterior se realizó el segundo grupo focal con los alumnos de 3° año, contando con la presencia de 7 alumnos, con una duración de 1 hora y 10 minutos. Por último se llevó a cabo el correspondiente a los estudiantes de 1° año, participando 8 informantes con una duración de 1 hora. Se realizaron en este orden sólo por la disponibilidad de tiempo de los participantes.

Los *focus group* se llevaron a cabo con desfase de una semana y fueron realizados en una sala del Centro de Desarrollo de Habilidades Clínicas (CEDHAC), del Edificio de Ciencias del Cuidado en Salud, ubicado en el campus Isla Teja de la Universidad Austral de Chile.

DISPOSITIVOS ESPECIFICOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

A fin de transcribir correctamente lo expuesto por los estudiantes y asociar e interpretar las conductas, impresiones y gesticulaciones realizadas por ellos, se utilizó grabación de audio, en cada una de las reuniones desarrolladas. A su vez se realizaron notas de campo para apoyar la interpretación de lo obtenido (Covarrubias, 1998).

ANÁLISIS DE DATOS

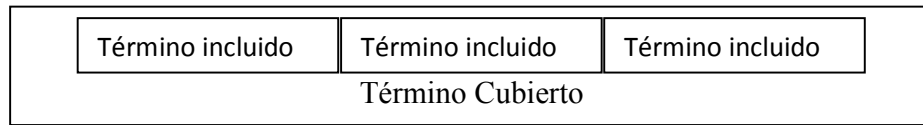
Posterior a la transcripción de las entrevistas se realizó el análisis de grupo focal según Spradley (1979) que incluyó análisis de dominio, análisis taxonómico y análisis de temas, a través de los cuales es posible descubrir el significado cultural que los entrevistados dan a su mundo.

❖ EL ANÁLISIS DE DOMINIOS

Los dominios son la primera y fundamental unidad de análisis de los datos obtenidos en la investigación etnográfica. Cada dominio es una categoría de significados culturales, e incluyen otras sub-categorías, en la que todos los elementos tienen un rasgo en común (Spradley, 1979).

La estructura de un dominio incluye tres elementos: El término cubierto (inclusivo), o nombre que se le asigna a una categoría de significados culturales. A su vez, cada término cubierto tiene al menos dos términos incluidos que se refieren a categorías menores incluidas dentro de un dominio. Y finalmente, el tercer elemento característico de todo dominio es una relación semántica simple que relaciona o une a un término cubierto (inclusivo) con todos los términos incluidos (Spradley, 1979).

Del discurso se desprendieron una infinidad de términos, de los cuales sólo se seleccionaron los que tienen relación con este estudio. Luego estos términos (incluidos) se fueron apilando y agrupando según se relacionaban unos con otros. Finalizado esto, se pasó a establecer a que término (inclusivo) hacían referencia los agrupados.



Spradley (1979) afirma que las relaciones semánticas son universales y están presentes en todas las culturas, o en cada grupo en el contexto que sea estudiado. Por lo que establece las siguientes relaciones para el análisis de los dominios:

1. Inclusión Estricta	X es un tipo de Y
2. Inclusión Espacial	X es un lugar en Y X es una parte de Y
3. Causa-Efecto	X es un resultado de Y X es causa de Y
4. Razón	X es una razón para hacer Y
5. Lugar para actuar	X es un lugar para hacer Y
6. Función	X es usado para Y
7. Medio, Fin	X es una vía para hacer Y
8. Secuencia	X es un paso o etapa de Y
9. Atribución	X es una característica de Y

Ahora se toman los términos cubiertos con sus respectivos términos incluidos, y por medio de la relación que estos guardan entre sí, se selecciona una de las relaciones semánticas que concuerde, constituyéndose así los tres elementos que forman el dominio cultural. Cada término cubierto formará un dominio cultural.

D O M I N I O C U L T U R A L

Término Incluido	Relación Semántica	Término Cubierto
Término Incluido		
Término Incluido		
Término Incluido		
Término Incluido		
Término Incluido		

❖ EL ANÁLISIS TAXONÓMICO

Una taxonomía es un conjunto de categorías que se asocian a partir de la relación semántica, y en oposición a los dominios, establece relación entre todos los términos incluidos en ella.

Entre los principales pasos para el análisis se destacan:

1° Elegir un dominio para el análisis taxonómico, idealmente el que contenga el mayor número de términos.

2° Establecer rasgos comunes entre los términos incluidos, reagrupando los elementos, pudiendo descubrir nuevas categorías.

3° Buscar términos incluidos adicionales, es decir, nuevos términos que se pueden incluir.

4° Buscar un dominio que pueda contener al que se está analizando.

6° Realizar observaciones focalizadas para comprobar la taxonomía.

7° Construir la taxonomía completa.

Para de esta forma conseguir una taxonomía completa que se aproxime a los modelos culturales estudiados (Spradley, 1979).

❖ ANÁLISIS DE TEMAS

Los temas culturales son grandes unidades de pensamiento y según Spradley (1979) consisten en un proceso de búsqueda de dimensiones de contraste entre los términos, permitiendo construir paradigmas y la verificación de los mismos a través de las entrevistas u

observación. Corresponde a dos estrategias complementarias: el descubrimiento de contraste entre los términos y la identificación sistemática de los componentes del significado para dichos términos.

El análisis de dominios y el análisis taxonómico corresponden a un grupo de términos de contraste que pueden ser utilizados para encontrar diferencias que revelen significados. Estas nos llevan a descubrir las diferencias entre ellos, por medio de la identificación de los componentes de significado. Esto es lo que llamamos, en sentido estricto, análisis de componentes (Spradley, 1979).

RIGOR METODOLÓGICO EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Para evaluar el rigor científico de la investigación cualitativa se deben emplear criterios distintos a los establecidos en la investigación cuantitativa, debido a que ambas tienen raíces ontológicas y epistemológicas distintas (Morse, 2005)

Para esto haremos alusión a lo que proponen Guba & Lincoln: Credibilidad, auditabilidad, transferibilidad o aplicabilidad del presente trabajo de investigación (Castillo & Vásquez, 2003).

Respecto a la credibilidad se realiza un muestreo heterogéneo, que incluye diversos resultados o calificaciones frente a la misma formación, del mismo modo se seleccionan en distintos niveles de la misma. Se interpretan los datos a partir de los registros obtenidos y basados en las representaciones que estos hacen frente al tema estudiado, sin influencia por parte de los investigadores sobre los sujetos a estudiar.

El registro por medio de las grabaciones permite la transcripción textual de lo expresado por lo que no se manipularán los datos aportados, ni se descontextualizará lo referido por los informantes.

En lo que se refiere a la auditabilidad de este estudio podemos destacar que se realizó un registro y documentación lo más completa posible, de las decisiones e ideas en relación al estudio. A través del diseño metodológico se describe acabadamente las características de los informantes y su proceso de selección, y por ende, la recolección de los datos.

La transferibilidad o aplicabilidad se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones en contextos similares. Para ello se describe detalladamente a lo largo de este trabajo de investigación el lugar y las características de las personas donde el estudio fue llevado a cabo.

DEFINICIÓN DE TERMINOS.

Para facilitar la comprensión de lo expuesto en este estudio se definen algunos términos y asociaciones.

Cuidado (concepto general): Cuidado Convencional o Cuidado Genérico: Los cuidados genéricos (*convencionales*) son aquellos actos de asistencia, soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientados a la mejora y el desarrollo de la condición humana (Leininger, citada en Medina, 1999).

En las relaciones semánticas Spradley establece que: “es una característica de” es utilizada para atribuir al término cubierto ciertas cualidades, este sentido no se ha cambiado, sin embargo en este estudio se menciona: “es una característica (externa) de” para referirse a las características que los estudiantes en su discurso atribuyen a la concepción que tienen terceras personas. También se han diferenciado “es una característica (positiva) de” y “es una característica (negativa) de”, con fines prácticos que faciliten el análisis de los datos.

‘222’: hace referencia a la asignatura ‘Atención de Enfermería del adulto II’, impartida por el instituto de Enfermería, durante el quinto semestre del plan de estudios de la carrera de Enfermería.

‘Liderazgo’: hace referencia a la asignatura ‘Liderazgo de la Atención de Enfermería en Salud’, impartida por el Instituto de Enfermería, durante el octavo semestre del plan de estudios de la carrera de Enfermería.

‘ABP’: hace referencia a la metodología de ‘aprendizaje basado en problemas’.

5. RESULTADOS

5.1. ANÁLISIS DE TEMAS.

5.1.1 Percepciones del concepto del Cuidado (general).

Existen múltiples connotaciones del verbo cuidar, hasta el punto que podemos encontrar que en los diccionarios está definido como: poner atención y esmero en una cosa, atender, velar, mimar, esmerarse, asistir, conservar, preocupación, atención, mantener, guardar (Morrison, 1992; García-Pelayo, 1994).

Los estudiantes coinciden con la definición de la RAE en el cual se establece que el cuidado es muy general, en relación a que se puede cuidar cualquier ser vivo u objeto: **“podemos cuidar a un perro, cuidar a un abuelito o cuidar una casa”, “darle bienestar a una cosa, persona o animal”**, pero a pesar de esto reconocen que este concepto se asocia principalmente a procesos de enfermedad, **“uno siempre lo asocia a la salud o a un paciente o a enfermedad”, “lo vemos más como ayudar a la persona cuando está enferma”**, y se nota una tendencia muy marcada hacia la protección de otro individuo **“proteger a las personas”, “proporcionarle bienestar a otra persona”, “para que otra persona se sienta bien”, “la preocupación por alguien”**.

Para poder desarrollar o llevar a cabo la acción de cuidar debe existir un lazo afectivo entre los involucrados (Padilla, 2006), **“cuando uno cuida a un familiar involucra sentimientos”, “es distinto cuidar mi papá que a ‘Don Juanito’”** y por lo tanto también hay un compromiso de quien lo proporciona (Zea, 2003), **“con los seres queridos hay cariño, hay afecto, entonces uno trata de cuidar”**.

Leininger para intentar separar el cuidado de Enfermería del cuidado general, identifica a este último como “los cuidados genéricos (*convencionales*)”, definiendo que: “son aquellos actos de asistencia, soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientados a la mejora y el desarrollo de la condición humana”. A si mismo Collière (1997, citada en Del Castillo & Siles, 2004) refiere que los cuidados son “las prácticas cuidadoras ligadas a la conservación de la especie humana”. Sin embargo a los estudiantes se les hace muy difícil encontrar una definición precisa: **“el concepto de cuidado me resulta bastante abstracto , porque es como difícil definirlo pero uno sabe lo que es cuidar pero no sabe cómo definirlo exactamente”**, siéndoles más fácil asociar ciertas conductas o acciones que guardan una estrecha relación con el concepto, como: **“proteger”**,

“brindarle atención”, “ayuda”, “apoyo”, “asistir”, “entregar amor”, “es como la preocupación por alguien”, “realizar acciones para asistir a una persona”. Además, establecen que este tipo de acciones se llevan a cabo por distintos motivos como: procesos de enfermedad, vulnerabilidad de la persona o eventual daño o perjuicio **“es una persona la que depende de él”, “lo indefenso que se siente cuando está enfermo”, “para evitar que le ocurra algo malo”.**

Por otra parte, la dificultad de poder llegar a una definición concreta del cuidado está determinado por el componente cultural (Salas, 2004), es decir que éste estará definido por el contexto en que se desarrolle. **“los cuidados se contextualizan y dependiendo de donde se entreguen tienen algún significado”.** Siendo importante también “el significado del cuidado para quien lo otorga y para quién lo recibe, la intención y la meta que persigue...” (Padilla, 2006) por lo tanto se escogerán unas acciones u otras según la persona que ejerza y la que reciba los cuidados: **“ha sido heredado de experiencias familiares de cosas más tradicionales y culturales”, “cuando cuida a alguien en general es un cuidado que responde a tu cultura”, “si le duele el estomago... ¡ah! ya le doy un hierbita”, “cuidados basados en lo que te han enseñado en la casa, los secretos de la abuelita”.**

Del mismo modo, la subjetividad que tiene el cuidado brinda una mayor dificultad para poder conceptualizarlo, dado que a pesar de existir concepciones generales que determina la cultura, las percepciones que tengan los individuos serán diferentes en el sentido de la interpretación de distintas actitudes o acciones cuidadoras, es así que Watson (1979, citada en Neil & Marriner, 2003) considera fenomenológicamente al cuidado como un fenómeno subjetivo, que pretende preocuparse por las experiencias de la otra persona: **“Es que es tan subjetivo porque todos tenemos un concepto parcialmente distinto porque todos aquí estamos en áreas distintas”, “igual depende un poco de la persona”, “va a depender del lugar”**

Además no hay que olvidar que el cuidado tiende a pasar desapercibido, debido a que acompañar, brindar apoyo, creer en alguien son prácticamente invisibles y estas acciones más bien se asocian a sentimientos de cariño entre las personas involucradas, al mismo tiempo se agrega que el cuidado es inherente al ser humano: **“todos somos capaces de cuidar y además lo hacemos”, “todos podemos cuidar”.** A esto también se suma lo señalado por Collière (1997, citada en Del Castillo & Siles, 2004), quien indica que “los cuidados son un conjunto de actos de vida, habituales y cotidianos, que tienen por objeto permitir que esta continúe y se desarrolle”, por lo tanto esto se evidencia mediante cualquier interacción humana entre individuos que tienen alguna asociación sentimental (amor, admiración, lástima, compasión): **“tú cuidas en todo, hasta cuando uno sale con su hermano a la calle”, “uno hace cuidado en todos lados”, “compadecerse por una persona provocará que quizás quieras entregar algo de ti”.** Asimismo establecieron que la finalidad ulterior de esta interacción es la satisfacción del individuo que es cuidado: **“para que él se sienta mejor”, “para que esté mejor”, “para que no le pase nada malo”, “para que se mantenga bien”.**

A la totalidad de los estudiantes, sin distinción por nivel de formación académica alcanzada, les fue difícil llegar a una definición concreta del concepto, de hecho ninguno fue capaz de elaborar una definición específica. Sin embargo, le asociaron un gran número de elementos, acciones y/o conductas que culturalmente entienden por cuidado, logrando una aproximación muy estrecha con lo que el término incluye. Si bien, en cuanto al número de asociaciones mencionadas se demuestra que mientras el nivel de formación es superior, ellos son capaces establecer un mayor número de relaciones. No obstante en la estructura fundamental del concepto, estos alcanzan un nivel similar, debido a que en el constructo principal del concepto coinciden en los puntos clave como: proteger, ayudar, asistir, proporcionar bienestar, entre otras.

En lo que respecta a la asociación de características propias del cuidado convencional, se evidencia un incremento progresivo a través del proceso formativo profesional, en el reconocimiento de cualidades, así como en el número de atribuciones que son capaces de identificar los estudiantes de Enfermería, desde el nivel de formación alcanzado.

5.1.2. El concepto del Cuidado de Enfermería

De acuerdo al discurso de los estudiantes de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, obtenido mediante la aplicación de los tres grupos focales realizados, evidenciamos que la disciplina de Enfermería **“es imprescindible para el cuidado”**, ya sea en ámbito de salud y enfermedad, así como en el desempeño de los demás roles de la Enfermería que involucre alguna acción o conducta de cuidar.

Partiendo de esta base, acerca de que ejercer el cuidado de las personas es inherente a la disciplina de Enfermería, así como el objeto de estudio y razón fundamental de su desempeño profesional, es necesario describir la conceptualización del cuidado de Enfermería adquirida por los estudiantes, evidenciada en su discurso.

Para adentrarnos en el concepto del cuidado de Enfermería reconocido por los estudiantes, es necesario mencionar las conductas o acciones que consideran como parte del concepto en sí, así como de su ejercicio. Si bien hay autores que a pesar de la gran importancia que el término cuidado tiene en el campo de la Enfermería, mencionan que existe una gran dificultad para dar con una definición, sin embargo, hay otros que lo definen con la intención de abarcar de forma más completa las dimensiones del cuidado de Enfermería, como por ejemplo la expuesta por Leininger (citada en Medina, 1999): “Los cuidados profesionales enfermeros (*profesionales*) son todos aquellos modos humanísticos y científicos, aprendidos

cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidado orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte”. Ahora bien, resulta difícil para los estudiantes elaborar un concepto o definición concreta, sin embargo logran concordar en que el “cuidado de Enfermería” tiene sentada sus bases en el “cuidado convencional”, pero se complementa o enriquece con el estudio de él, a través de la ciencia del cuidado y teorías, así como con las bases científicas que lo justifican, refiriendo: **“Es lo mismo, preocuparse por otra persona pero con una base científica que tiene ciertos métodos y formas”, “con base científica”, “la diferencia está en que tú tienes conocimientos o bases específicas para entregar el cuidado”, “base de conocimientos que hemos adquirido a través de nuestros estudios”, “la gran diferencia está en los fundamentos teóricos que te da la formación”, “Yo creo que el cuidado de Enfermería y el cuidado general es cómo lo mismo pero el de Enfermería está un poco más teorizado”**.

Complementando lo anteriormente expuesto, podemos comentar que sólo los estudiantes de quinto año lograron esbozar una definición en conjunto como producto de las concepciones que habían mencionado sobre las acciones y conductas que forman parte del cuidado de Enfermería, refiriendo: **“conjunto de procedimientos y técnicas e intervenciones psicosociales que le proporcionen bienestar al paciente”**, definición en cierta medida limitada al “hacer”, sin embargo los estudiantes a pesar de no haber construido un concepto, asocian conductas y acciones que forman parte de los aspectos de este ejemplo de definición del cuidado de Enfermería expuesto por Leininger, el que utilizaremos como guía en este análisis conceptual.

En lo que respecta al área o modo científico, son descritas algunas conductas como: La educación al paciente, que corresponde al único término incluido en el discurso de los estudiantes que se repite en los 3 niveles de formación representados, como: **“Enseñar hábitos”, “uno a la vez educa... para cumplir con lo que se propone”, “mi cuidado en gran parte es enseñarle a los pacientes”**, además reconocen dentro de esta área las técnicas y procesos de cuidado, como lo son: **“conjunto de técnicas, procedimientos...”**, y el Proceso de Atención de Enfermería: **“todo el proceso enfermero desde la valoración hasta evaluación va en pro y el cuidado de la persona”**.

En relación a esta dimensión científica del cuidado de Enfermería, es relevante mencionar que se evidencia un crecimiento progresivo del conocimiento técnico y la integración de conductas acordes a cada nivel, a través del proceso de formación profesional, ya que los estudiantes de primer año no poseen la base científica de los demás, por lo que describen sólo las mencionadas anteriormente, sin embargo los alumnos de tercer año agregan conductas que son potencialmente derivadas de su incursión en el ámbito de la Atención Primaria, como prevenir y promover, en lo que respecta al “mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida” (Leininger, citada en Medina, 1999): **“los cuidados no sólo son de una situación, sino que también prevenir, promover...”**. Por otro lado, los

estudiantes de quinto año demuestran la interiorización de nuevas conductas no mencionadas por sus compañeros de cursos inferiores, conocimiento muy ligado a lo que la experiencia clínica entrega, reconociendo conductas y/o acciones como: **“Generar directrices”**, **“asegurarse de que se le entreguen ciertos cuidados”**, agregando además otras, derivadas netamente del desempeño profesional intra-hospitalario como Supervisar y Educar al equipo de salud, refiriendo: **“...supervisar y además no sólo educar al paciente si no al equipo”**.

En lo que respecta al área humanista que forma parte del cuidado de Enfermería, existen similitudes entre las concepciones incluidas en este concepto entre los estudiantes de quinto año con los de primer año, incluyendo algunas acciones orientadas a establecer una relación de confianza con el usuario a quien es ejercido el cuidado de Enfermería. Con respecto a lo anterior, en su teoría del cuidado humano, Jean Watson reconoce esta relación que se genera entre Enfermero(a) - paciente denominándola como “relación transpersonal”, que consiste en ayudar a las personas mediante un proceso de interacciones humanas para encontrar sentido o significado a su experiencia de enfermedad y con ello restaurar su armonía (Watson, 1979, citada en Neil & Marriner, 2003). Ahora bien, para analizar las similitudes antes mencionadas, hay que tener en consideración que los alumnos con un grado mayor de formación profesional describen de forma más amplia esta dimensión humanista, demostrando esa categoría de conocimientos que se refuerzan con la práctica clínica, incluyendo elementos como: **“Intervenciones psicosociales”**, **“Facilitar el contacto familia paciente”**, **“son cosas que se pueden resolver, escuchando al paciente, aconsejándolo y el resto se da cuenta”**, **“uno conversa con el usuario”**, **“el hecho de sentarse a conversar con alguien y preguntarle, como durmió, como amaneció, eso para ellos ya es súper importante que alguien se preocupe de esas cosas”**, **“escuchar al paciente, escucha activa, apoyarlo siempre, tratar de comprenderlo y tolerar al paciente”**, **“Conocer el entorno del paciente”**, **“apoyar”**, **“lograr como una compenetración o un nivel de empatía con los pacientes”**, informar: **“explicarles todo lo que le van a hacer”**. Asimismo, los estudiantes de primer año describen acciones y conductas humanistas del cuidado de Enfermería semejantes a las anteriores, evidenciando conocimientos adquiridos recientemente, pero con un grado de comprensión disminuido según lo que ellos mismos expresan; por lo que reforzando esta idea los alumnos de quinto refieren: **“yo he revisado las primeras guías y claro hablan del cuidado, del autocuidado, etc. cosas que ni me recordaba, pero uno lo interioriza cuando va al hospital y lo pone en práctica”**. Esto también indica el cambio que se ha generado en el instituto de Enfermería de la Universidad Austral, sobre los contenidos tratados en los primeros años de formación, así como en la metodología utilizada, que obedece también a los cambios sanitarios y hacia lo que la disciplina actual propone en la orientación de la formación profesional de Enfermería, tema que será abordado más extensamente en el siguiente tema de este análisis.

Lo anterior se refuerza con lo descrito por los estudiantes de tercer año quienes mencionan escasas conductas humanistas, consideradas como parte del cuidado de Enfermería. Este concepto además de ser más acotado, demuestra una dificultad por reconocer las acciones psicosociales, donde finalmente simplifican su concepción al englobar éstas en un

todo, **“todas las acciones que uno puede hacer en pro del paciente”**. En el nivel de formación profesional en que se encuentran los estudiantes de tercer año podemos claramente identificar la marcada influencia que tiene el comienzo de la experiencia clínica y la adquisición de destrezas técnicas, en los estudiantes, quienes concentran su atención personal en este aprendizaje práctico, llegando incluso a privilegiarlo por sobre el teórico, evidenciado por una parte en sus propias concepciones u omisiones descritas sobre las conductas y/o acciones pertenecientes al cuidado de Enfermería que corresponden a la dimensión Humanista, así como también en “términos incluidos” en el discurso de los alumnos de 5to año, como por ejemplo: **“en el ‘222’ estamos más preocupados de aprender las técnicas”**, refiriéndose a un ramo de la malla curricular de la carrera de Enfermería correspondiente a tercer año.

Dentro del ámbito holístico, integral o también considerado como “biopsicosocial” por los estudiantes, encontramos acciones como: Apoyo biopsicosocial, **“apoyar, proporcionar un apoyo a la persona en todas sus esferas sociales, psicológicas y biológicas”**, en esta idea manifestada por los alumnos de quinto año se evidencia la integración de la áreas delimitadas anteriormente (Científico y Humanista), reconociendo que el cuidado de Enfermería consta de la asociación complementaria de estas conductas o acciones.

Considerando el Cuidado de Enfermería ejercido bajo un modelo holístico, los tres niveles de formación concuerdan en los elementos que forman parte del cuidado de Enfermería, enmarcado en dicho modelo. Por ejemplo, los estudiantes de quinto año incluyeron en su concepción varios ámbitos: **“en cambio en el holístico, tú te preocupas no sólo de la enfermedad, si no que de todo el entorno del paciente, el cómo lo afecta a él, a su familia, el ámbito psicológico, lo que en pocas palabras es cuidar al paciente”**. Ámbitos que también se incluyen en los discursos de los otros niveles de formación, por ejemplo: preocuparse del entorno del paciente, **“integrar a la familia y todo el entorno del paciente”**, preocuparse no sólo de la enfermedad, **“el modelo holístico ve a la persona como un todo, no sólo lo físico”**, preocuparse del ámbito psicológico, **“además de atender lo que es biológico vamos a otras esferas que son lo social y la psicológica que son muy importantes en el mejoramiento de la salud de las personas”**, preocuparse de cómo le afecta a la familia, **“encuentro que es mejor el holístico, en ayudar en la prevención, porque se trata con la familia...”**. No deja de sorprender la adecuada conceptualización que logran los estudiantes de primer año, ya que, otorgan conceptos y atribuciones más amplias, al cuidado de Enfermería bajo un modelo holístico, incluyendo incluso el trabajo comunitario en su discurso: **“encuentro que es mejor el holístico... porque se trata con la familia, involucra a las familias y las comunidades y de esa manera se aprende y se ayudan entre ellos.”**

Otro término incluido en el ámbito integral, que los estudiantes entregan al cuidado de Enfermería según los estudiantes de Enfermería es: **“La Gestión del Cuidado”**, entendida según el código sanitario como “el ejercicio profesional de la enfermera sustentada en su disciplina, la ciencia del cuidar, se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos,

seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución” (Gobierno de Chile, 2007), Este concepto, pese a ser la base legal actual del ejercicio profesional y además ser un tema de contingencia interdisciplinar en el área de la salud, no es detallado en el discurso de los estudiantes, sino más bien la mayoría de ellos lo describe como parte del cuidado de Enfermería.

En el contexto del ámbito holístico, es de gran importancia para nosotros contrastar los términos incluidos en el discurso de los estudiantes de Enfermería, con los diez “factores de cuidados” que forman la base de la teoría del Cuidado Humano de Jean Watson y que generan las directrices filosóficas de la relación transpersonal (Neil & Marriner, 2003), por el hecho de que estos factores le entregan un fundamento a la ciencia del cuidado, dándole un enfoque fenomenológico a la relación y vínculo generado entre Enfermero(a) – paciente. Tomando en cuenta estas consideraciones, es factible el análisis transversal del discurso recogiendo los términos incluidos que se relacionan con cada uno de estos factores, diferenciando las concepciones entre los niveles de formación sólo si existen discordancias entre ellos.

El primer “factor cuidador” de Watson comprende el conjunto de valores esenciales humanístico altruista, que se aprenden tempranamente durante la vida a través de la enseñanza familiar o cultural (Neil & Marriner, 2003). Con respecto a esto se puede desprender del discurso de los estudiantes de Enfermería, independientemente del nivel de formación alcanzado, algunos términos como: Tolerancia, **“tolerar al paciente”**, respeto, **“tratar con respeto”**, también el sentimiento de compasión, **“hay involucrados otros sentimientos como compasión”**. Además se pueden incluir ciertas concepciones o actitudes que se derivan de valores potencialmente implícitos en el discurso, por ejemplo: **“entregar tiempo”**, **“no juzgarlo o retarlo porque no se cuida”**, **“ver más allá, preocuparse por el paciente y su familia”**, **“facilitar el contacto paciente - familia”**, complementando lo anterior con acciones o conductas que reconocen los estudiantes como parte del cuidado que se enmarcan en un sustento valórico como lo son: **“Proteger”**, apoyo constante, **“proceso de apoyo constante para que esté bien”** y la empatía, **“es súper importante lograr como una compenetración o un nivel de empatía con los pacientes”**.

Siguiendo con la inclusión de los factores cuidadores propuestos por Watson en el discurso de los estudiantes, se encuentra en segundo lugar: la “Inculcación de la Fe-Esperanza” que implica tener en cuenta y sostener el sistema de creencias humanísticas, así como también el fomento de esperanza dentro de la relación Enfermero(a) – Paciente, con el fin de lograr conductas que promuevan la salud y el bienestar (Neil & Marriner, 2003). En este caso sólo los estudiantes de tercer año contemplan el área espiritual como un aspecto importante en el ejercicio del cuidado de Enfermería: **“en el ‘Sufrimiento espiritual’ la Enfermería se ve en esto, ya que si la persona está sana en lo físico, pero en espíritu o en personalidad, está triste, la salud no va a ser buena”**, **“en el caso de enfrentar a un paciente, no sólo le importa lo biológico, sino que también lo psicológico, lo social y lo espiritual”**, por otro lado, el fin último de este factor es promover la salud y el bienestar, generando esperanza en el paciente, necesaria para que estas conductas favorables sean

efectivas, y para lograr este objetivo los estudiantes también mencionan conductas como: Promoción: **“la promoción de la salud, creo que es el rol del cuidado de Enfermería más importantes dentro del área de la salud”, “los cuidados no sólo son de una situación sino que también en prevenir, promover, proteger”**, aspecto muy importante y acorde a las políticas sanitarias actuales en lo que respecta a atención primaria y autocuidado.

El “Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y para los demás” corresponde al tercer factor de cuidado y establece la importancia de reconocer la sensibilidad y los sentimientos propios del profesional de Enfermería que ejerce el cuidado, para que como consecuencia, estos sentimientos sean más genuinos hacia los demás. Este factor será analizado en conjunto con la “Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos” que como dice el título de este factor, es importante fomentar la expresión de sentimientos sin juzgarlos, reconociéndolos intelectual y emocionalmente (Neil & Marriner, 2003). El discurso de los estudiantes de Enfermería en cierta medida contradice lo que Watson asume y define sobre la sensibilidad del profesional de Enfermería, debido a que, los estudiantes de tercer año omitieron absolutamente sentimientos dentro de su discurso con respecto al concepto de cuidado de Enfermería. Además algunos estudiantes de quinto año reconocen el establecimiento de barreras emocionales con el objetivo de no involucrarse exageradamente o desvincularse en cierta medida de lo que atente contra su salud mental, por lo que refieren: **“por ejemplo, es distinto cuidar mi papá que a ‘Don Juanito’, por lo que pienso que el cuidado en Enfermería me da como la chance de tener como una barrera emocional con la gente”**, esta concepción dista ampliamente de la orientación que tiene en general la teoría del cuidado humano de Watson, que fundamenta la relación transpersonal en el vínculo generado a partir de la experiencia de la enfermedad, donde se pretende tanto reconocer, como expresar libremente los sentimientos, por lo tanto, el establecer una barrera emocional, resta genuinidad a los sentimientos del profesional de Enfermería, produciendo lo contrario que se pretende, además de limitar la relación transpersonal donde no hay vínculo, ni confianza. La anterior concepción se podría considerar potencialmente como una opinión aislada, ya que fue descrita por sólo una persona, sin embargo esta opinión no generó respuesta que considerara lo contrario en sus compañeros, además ellos relacionan la inclusión de sentimientos y emociones únicamente en el concepto de cuidado general o convencional pero no en el cuidado de Enfermería.

Otra concepción con respecto a estos factores es la entregada por los estudiantes de primer año, quienes generaron una discusión en torno al tema, dentro de la cual surgieron varias opiniones acerca de la inclusión de los sentimientos en el cuidado de Enfermería, encontrándonos con algunas como: los sentimientos como el afecto familiar o el amor son parte sólo del cuidado general; **“...es como con otro enfoque, porque uno no puede llevarlo a cabo de una manera profesional y tener al mismo tiempo un cuidado como afectivo con esa persona”, “uno quiere proteger la vida de esa persona y satisfacer ciertos estados de necesidad, pero tanto no se van a involucrar sentimentalmente o afectivamente con esa persona”**, posteriormente derivado de la discusión consensuaron en que el cuidado de Enfermería involucra sentimientos y emociones que tienen una magnitud menor que cuando se

cuida a un familiar o ser querido, donde hay un involucramiento de lazos afectivos más fuertes; **“pueden haber sentimientos, pero dentro de otra perspectiva, que sentimientos afectivos más de cariño, de aprecio por una persona que tú conoces, que tú estimas, pero también hay otro tipo de sentimientos por ejemplo el sentimiento de compasión, el hecho de compadecerse por esa persona y querer entregar algo de uno para que él se sienta mejor, pero no por eso mmm, igual hay sentimientos pero no es algo tan afectivo, como compasión, como respeto por la persona”**, esta opinión claramente se enmarca en el sentido común de un estudiante que se inicia en el proceso de formación profesional, y en que sus concepciones contienen una influencia externa más marcada, dista sin embargo de las concepciones de Watson, ya que según su teoría, tanto la expresión como los sentimientos son fundamentales en la relación transpersonal, principalmente por el enfoque fenomenológico que tiene su teoría (Neil & Marriner, 2003).

El factor de cuidado denominado “Desarrollo de una relación de ayuda – confianza”, sería la base del cuidado transpersonal, ya que abre las puertas para la expresión libre y auténtica de los sentimientos mediante la utilización de ciertos conceptos propios de una relación cálida y afable, dentro de esta relación encontramos todas las acciones, conductas o elementos que son considerados para establecer una comunicación efectiva y que además sean la vía o forma de establecer el vínculo Enfermero(a) – paciente basado en la confianza y en la colaboración por parte del usuario, logrando descubrir todas las esferas de la persona, con el objetivo de conocer todos los aspectos que puedan favorecer o dificultar su bienestar, lo que nos orientará en la toma de decisiones o elección de conductas que generen niveles crecientes de bienestar biopsicosocial. Considerando lo anteriormente descrito, los estudiantes refieren los siguientes elementos:

La Empatía, **“tener una actitud más empática o involucrarse un poco más y llegar como al foco de porqué está pasando esto”**, **“yo creo que es como ayudar pero en todo sentido, nosotros nos involucramos un poco más, usando la empatía, es como transmitir ciertas cosas en los pacientes, como tratar de saber que le pasa”**, **“lograr esa empatía con el paciente sentirse uno por el momento como un familiar de él”**, **“lograr como una compenetración o un nivel de empatía con los pacientes”**. De lo anterior se descubre la forma en que la actitud empática es considerada la forma de enfrentar a un paciente y así mismo la vía para conocer aspectos de su vida que no conocemos.

La escucha activa, **“escuchar al paciente, o sea yo he estado enferma y es ‘fome’ el tiempo que pasa una sola sin hablar con nadie”**, **“los pacientes preferían a los estudiantes o a los profesionales jóvenes, porque son ellos los que se toman el tiempo de escuchar”**, **“escuchar a los pacientes, es la primera fuente de información que uno tiene, y la más importante, la que nunca se debería dejar de lado”**, **“uno puede hacer Enfermería en cualquier lado, de repente el sólo hecho de ponerse a conversar con el paciente y escucharlo, eso ya está siendo Enfermería”**.

Conversar con el usuario, **“el hecho de sentarse a conversar con alguien y preguntarle, como durmió, como amaneció, eso para ellos ya es súper importante que alguien se preocupe de esas cosas”**, de estas concepciones se destaca que escuchar y conversar son la primera fuente de información con la que se cuenta y que la comunicación es esencial porque el paciente al sentirse escuchado, genera confianza en el profesional de Enfermería por lo que se fortalece la relación transpersonal.

Además de las acciones mencionadas, existen otras asociadas a una relación cálida y afable, que pueden ser tanto habilidades sociales o comunicativas, así como conductas derivadas del sistema de valores esenciales, reforzados con la formación profesional de Enfermería como lo son: **“Aconsejar al paciente”, “Facilitar el contacto familia paciente”,** apoyo constante, comprensión, tolerancia: **“Apoyarlo siempre, tratar de comprenderlo, tolerar al paciente”, “Conocer el entorno del paciente”, “preocuparse por la familia”, “Proteger”, “Entregar tiempo”, “No juzgar al paciente”**. El reconocimiento que hacen los estudiantes, independiente del nivel de formación, de esta amplia lista de términos incluidos, como conductas que forman parte del cuidado de Enfermería, es de gran importancia, ya que demuestra en cierta medida el enfoque de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral de Chile y la visión integral que se tiene de la persona, por lo que desprendemos que existen habilidades sociales y comunicativas desarrolladas conceptualmente por parte de la formación, desde sus niveles más incipientes, que se reflejan en el discurso de los estudiantes. Sin embargo, cabe hacer referencia a lo expuesto anteriormente acerca de las escasas conductas reconocidas por los estudiantes de tercer año, ya que estas acciones que forman parte de la relación de ayuda, a su vez fueron consideradas en el análisis del área humanista, por lo que el tema ya fue analizado, pero reiteramos la preocupación que genera el potencial vacío que existiría en ese nivel, si lo que arroja este análisis fuera determinante y no presentara tantas situaciones que escapan al Investigador y al método utilizado.

En relación al sexto factor de cuidado de Watson estableció que **“el profesional de Enfermería debía llevar a cabo el uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones”** (Neil & Marriner, 2003), con esto se refiere al uso del proceso de atención para la resolución de problemas en el cuidado de Enfermería, brindándole un enfoque científico a éste. Del discurso de los estudiantes se desprende que **“el proceso enfermero desde la valoración hasta evaluación va en pro del cuidado de la persona”**, siendo el proceso de atención de Enfermería (P.A.E.) el método científico que utilizan los estudiantes al momento de abordar un paciente. Sin embargo, llama la atención que siendo una herramienta muy utilizada a través de la formación profesional, sólo es mencionada por los estudiantes de tercer año; esto influenciado fuertemente por el enfoque que han vivido durante sus dos últimos años de formación, en los que los ramos relacionados con la disciplina tienden a incentivar y familiarizar al estudiante con la aplicación del P.A.E. Ahora en el caso de los estudiantes de primer año ellos recién se encuentran conociéndolo y aún no son capaces de dimensionar e internalizar esta herramienta. En cambio los alumnos de quinto al omitirlo dejan la interrogante de los motivos que llevaron a que no fuese mencionado, pudiéndose dilucidar

esto mediante otro estudio que incluya la observación participante o no participante. Sin embargo se plantean dos hipótesis: 1) tienen tan internalizado el P.A.E. que lo realizan de forma instintiva y probablemente sin darse cuenta, dado que a este nivel de formación sus incursiones en el rol asistencial se han desarrollado fuertemente, pudiendo llevar a cabo este proceso de forma más rápida, eficiente y eficaz mediante un proceso mental; 2) el proceso de adquisición del rol profesional y sus cuatro áreas de desarrollo, más la alta demanda asistencial, agregado a la influencia del medio en el que se desenvuelven, potencialmente provoca dejar de lado esta herramienta y la reemplazarla por una atención más focalizada en la patología. Ahora bien, en su totalidad concuerdan que el cuidado de Enfermería cuenta con una base de conocimientos que dan sustento a su actuar, a su vez mencionan que es organizado, con objetivos claros de los cuales se esperan resultados específicos: **“el cuidado en Enfermería es organizado y fundamentado, planificado, dirigido, con ciertos objetivos a cumplir, como más estructurado”, “uno realiza un cuidado y sabe lo que espera de él”**.

En lo que respecta a los factores de cuidados correspondientes a “promoción de la enseñanza – aprendizaje transpersonal” y “provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual” (Neil & Marriner, 2003), se entiende que por medio de la enseñanza al usuario se busca lograr el incremento de los niveles de autocuidado que este posee. Se destaca que esto se distingue claramente en los discursos de los estudiantes: **“enseñarles a los pacientes”, “explicarles todo”, “le entregas las herramientas para que pueda ejercer su propio cuidado”**. Pero esto a su vez requiere que se conozca su entorno interno como externo, dado que tienen influencia en la salud o recuperación de la salud y bienestar del paciente, además así se puede crear un entorno de apoyo corrigiendo los aspectos de distinta índole que influyeron en una alteración del bienestar o salud de un paciente. Se destaca que sólo los alumnos de quinto año mencionaron que el entorno del paciente era importante en su salud y/o bienestar, **“es importante conocer el entorno del paciente”**. A su vez asocian el autocuidado con otros conceptos como **“la promoción de la salud”** y **“la prevención de enfermedades y complicaciones”**. También describen ciertas habilidades sociales que deben estar presentes el profesional para que una educación tenga repercusiones en la salud del individuo, **“escucha activa”** y **“empatía”**.

Watson identifica el noveno factor como “asistencia en la gratificación de las necesidades humanas” (Neil & Marriner, 2003), el cual se relaciona con la satisfacción de las necesidades del paciente en todas sus áreas y de qué forma priorizar cuáles de ellas deben ser satisfechas de acuerdo a su rango. En este punto los estudiantes señalan que para conseguir lograr la satisfacción de las necesidades del usuario se realizan técnicas y procedimientos que tienen estrecha relación con la atención directa del paciente, **“conjunto de técnicas, procedimientos e intervenciones psicosociales que pueda hacer, para proporcionarle bienestar a otra persona”, “el cuidado de Enfermería igual es hacer técnicas en un 30 o un 50 por ciento por lo menos”, “todas las acciones que uno puede hacer en pro del paciente”, “el cuidado enfermero está compuesto de teorías y técnicas, es una mezcla”**. También se suma que el enfermero(a) se encarga de todo, incluso de actividades que no le corresponden, pero que debido a la gestión del cuidado es la encargada de coordinarlas. Por lo tanto tiene relación estricta con lo realizado directa e indirectamente con el paciente **“me di**

cuenta que la enfermera hacia todo”, “encargarse hasta de lo más mínimo”, a su vez es también la encargada de supervisar al resto del personal, **“asegurarse de que se le entreguen ciertos cuidados”**. En relación a la descripción expuesta se infiere que mientras más horas prácticas realizadas durante su formación profesional, identificarán mayor número de actividades y tareas que desarrolla el enfermero(a) en el marco del logro de la satisfacción de las necesidades biopsicosociales del paciente.

El décimo factor de cuidado creado por Watson, identificado como: “Permitir fuerzas existenciales – fenomenológicas”, el cual busca estimular el pensamiento, para que se genere una mejor comprensión de uno mismo como de los demás, a través de la fenomenología, la cual nos permite comprender los fenómenos de una situación. Además intenta incentivar la inclusión de la psicología existencial en la formación de los profesionales (Neil & Marriner, 2003). Este factor no se puede relacionar con los datos obtenidos en esta investigación, debido a que Watson lo crea con el objetivo de incluir disciplinas como la psicología existencial dentro de la formación de los profesionales, para entregarle a enfermería una visión más amplia y comprensible de los fenómenos que rodean al paciente durante el proceso de salud-enfermedad.

A parte del análisis de los elementos que forman parte del concepto, cabe destacar que existen concepciones en los respectivos discursos que evidencian un diverso orden de cosas, desde características hasta resultados, que también forman parte importante de los datos obtenidos que enriquecen el concepto del cuidado de Enfermería, destacando algunos que se derivan de una experiencia clínica previa o actual, por ejemplo los estudiantes de quinto y tercer año, consideran que el cuidado de Enfermería es subjetivo, **“Es que es tan subjetivo, porque todos tenemos un concepto parcialmente distinto, porque todos aquí estamos en áreas distintas”**, asocian también esta subjetividad al lugar o “servicio” donde se encuentren ejerciendo el cuidado, así como al profesional de Enfermería que lo lleve a cabo: **“depende del área donde uno esté también”, “depende del profesional”**. Otra característica de este ámbito práctico es: “No es sólo hacer”: **“uno debe desarrollar muchas habilidades sociales, o sea no solamente el hacer, para poder cuidar al paciente”**, lo que se contrapone a lo que otras personas externas o terceras personas creen: **“otra persona que no estudiase Enfermería yo creo que eternamente va a ser asociado a técnicas”, o “asociado a papeleo”**, además el que no sea “sólo hacer” es una característica que provoca una **“dificultad para registrarlo”** y la existencia de una **“falta de registros”** lo que hace que la atención holística sea **“imperceptible al resto”** en relación a los cuidados de Enfermería, lo que por lo consiguiente se asocia a otra característica descrita como: **“Es intangible para el resto del personal”**, debido también a que **“en la mayoría de los servicios el aspecto psicosocial se deja de lado, sobre todo en el cuidado de hospitalizados”**, no obstante **“el cuidado de Enfermería es un trabajo en todas las áreas, que a pesar de eso no es reconocido”**. Las características descritas anteriormente eran sólo compartidas por tercer y quinto año lo que denota que no hay una incursión práctica, por parte de los estudiantes de primer año, así como desinformación sobre el ejercicio profesional. Sin embargo los alumnos de primer año le otorgan otras características derivadas de su conocimiento reciente sobre el Proceso de

Atención de Enfermería (PAE), como por ejemplo: que el cuidado de Enfermería es: **“fundamentado científicamente”, “estructurado”,** además mencionan que **“es de mayor responsabilidad”** que el cuidado general, y que **“involucra una vocación de por medio”** orientada hacia ayudar a las personas.

Por último, los estudiantes exponen algunos términos que se relacionan con el ejercicio del cuidado de Enfermería, por ejemplo formulan algunas razones que justifican ejercer el cuidado de Enfermería como lo son: La dependencia del paciente, **“una tercera persona deposita su confianza, se entrega,”** Proporcionarle bienestar, **“para proporcionar bienestar a otra persona”** y el sentimiento que experimenta el paciente al enfrentarse a algo desconocido, **“él no sabe si le va a doler si va a pasar frío”**. Para afrontar estas situaciones y ejercer el cuidado de Enfermería, reconocen formas o vías para hacerlo como lo son: **“una tiene que estar metida en todo, todo tiene que funcionar como una máquina perfectamente engranada para que el paciente se sienta mejor”**, poseer una base de conocimientos sólida derivada de la formación profesional, **“tienes que tener una base de conocimientos para poder plantarte ahí y atender a los pacientes o cuidarlos”** así como desarrollar habilidades sociales.

5.1.3. La formación del Cuidado de Enfermería

En el discurso de los estudiantes se señalan distintos elementos que para ellos forman parte de la formación del cuidado de Enfermería impartida por su casa de estudios; estos los podríamos agrupar en: los asociados al docente, los relacionados con el estudiante, los que se abocan propiamente a la metodología de enseñanza y los que se enmarcan en los contenidos que los diferentes ramos de la malla curricular les brindan como base y sustento para su futuro ejercicio profesional. Sin embargo debido a que la adquisición de conocimientos y habilidades por parte de los estudiantes es un proceso complejo e individual, que conjuga todos los elementos mencionados para conformar un todo; el aprendizaje, por lo que resulta muy difícil analizarlos por separado. Además es importante dilucidar cómo ellos relacionan estos elementos para construir su propia concepción.

Es notable la gran cantidad de información que los estudiantes refieren y asocian a su formación como futuros profesionales, más aún se evidencia lógicamente que al alcanzar un mayor progreso en la malla curricular, proporcionan una cantidad superior de información. Pero a fin de facilitar el análisis y comprensión de los resultados se abordan por separado las problemáticas identificadas por los distintos niveles.

La principal problemática que identifican los alumnos de primer año se relaciona con la desmotivación, debido a que por un lado ingresan con la concepción de **“hacer cosas”**, lo

cual en los primeros años no se aplica, porque para poder desarrollar **“el hacer”** deben ampliar sus conocimientos previos y adquirir otros nuevos que le permitan contar con un fundamento teórico y científico que sustente su actuar. Por otra parte ellos en general ingresan a la carrera desconociendo la labor concreta o el rol que desarrolla el profesional de Enfermería, **“Yo en realidad entré por descarte”, “Yo igual lo hice por descarte más que nada, porque era cualquier cosa fuera del área humanista”, “yo no quería Enfermería, quería medicina”, “me metí a ver de qué se trataba realmente la carrera”**. Sin embargo una vez que conocen la disciplina de Enfermería y su orientación humanista, logra encantarlos y les permite continuar en la carrera, **“hasta ahora me ha gustado y quiero seguir”, “Enfermería tenía una parte más humanista que era súper fuerte”**.

Por medio de los anteriores análisis de temas, relacionados con las conceptualizaciones del cuidado, se demuestra que se han reformulado los contenidos entregados en el primer año, debido que al contrastar lo expresado por los alumnos de primer año con las concepciones de los de tercer año, estos últimos elaboran conceptos más acotados y menos desarrollados. Además se evidencia que los alumnos de primer año tienen un mejor manejo del área humanista de los cuidados de Enfermería, por medio del adecuado empleo de conceptos como el modelo holístico y la relación de ayuda. Ahora bien en lo que respecta a los cuidados de Enfermería del ámbito científico estos no logran manejarlo, dado que aún no han tenido asignaturas que incluyan las prácticas clínicas.

Los alumnos de primer año reconocen que la metodología de enseñanza que se les imparte en relación al cuidado de Enfermería **“no es la mejor”, “La metodología de enseñanza no es efectiva”, “lo interiorizas pero tú no lo vives”**. Sin embargo: en este nivel se ha implementado una metodología de ‘desarrollo de casos’, en la que los estudiantes deben construir su propio fundamento, investigando y averiguando lo referente a la situación que se les entregue. Este método de “ensayo y error” les da la posibilidad de internalizar de mejor forma los contenidos, sin embargo ellos aún están acostumbrados a las clases expositivas, lo que probablemente les genere cierto rechazo a esta nueva metodología. En contraste a esto los alumnos de cursos superiores en sus discursos recuerdan esa etapa de la formación y señalan que: **“Clases expositivas muy extensas”, “me acuerdo de miles de clases donde todos estábamos durmiendo”, “la forma de enseñanza hace que la materia pasada sea rápidamente olvidada”**.

Los alumnos de tercer año señalan que su principal problema se enmarca en la utilización de la metodología de enseñanza, debido a que ellos prefieren la metodología de los ABP, **“los ‘ABPs’ que se hacían en el ‘222’... tenían motivos transversales, desarrollar personalidad o actividades grupales”**, en cambio sobre su actual metodología refieren **“de todos los sistemas de aprendizaje el que tenemos ahora es el peor, esta tutoría o ‘pseudo ABP’”, “el ‘ABP’ que tenemos ahora es una pérdida de tiempo”**. Estos reconocen que la actual metodología, en la que se les entrega un “caso” que deben desarrollar en pequeños grupos, no logra su objetivo, causado por las condiciones en las que se desarrolla la actividad,

ya que comparten la misma sala de clases, se genera ruido ambiental desagradable, no se potencia el desarrollo de las habilidades sociales de todos los estudiantes, y que en definitiva no llegan a algo concreto, refiriendo que: **“es una discusión grupal que abarca a más de 40 personas discutiendo sobre un tema”, “si quieres te quedas sentado, callado, nadie te escucha, nadie te ‘pesca’”, “es un ruido que uno sale con un dolor de cabeza, y las cosas nunca quedan completas, muchas dudas, nunca llegamos a un acuerdo”.**

En lo que respecta a las conceptualizaciones del cuidado de Enfermería y lo referente a él, se nota una falencia en relación al ámbito humanista de la Enfermería, al punto que ellos reconocen que en sus primeros años de formación el cuidado de Enfermería no es desarrollado, **“En los primeros años no se aborda el cuidado de Enfermería”**, esto en el contexto de los contenidos vistos en la asignatura de la carrera durante ese período. Sin embargo, se desprende de su discurso que el ámbito científico se encuentra bien desarrollado y tienen tendencia a asociar al concepto las técnicas y los procedimientos. Esto a su vez enmarcado en su actual nivel de formación en el cual la adquisición de habilidades técnicas se ve muy potenciada, debido al inicio de las practicas clínicas en las que deben brindar una atención de Enfermería.

Los alumnos de quinto año son bastante críticos y analíticos, en cuanto a lo que fue su proceso de formación como futuros profesionales de Enfermería, reconocen que de todas las metodologías que vivenciaron durante su aprendizaje prefieren los ‘ABP’, refiriendo que **“ABP me gustaba para desarrollar distintas cosas veías, distintas materias y podías hablar, podías investigar solo”.**

La principal preocupación que tienen estos estudiantes es en relación a la formación que están recibiendo los alumnos que se integran recientemente a la carrera, esto por el hecho de que se ha producido una “emigración” de docentes que ellos reconocían como pilares de su formación, **“se están perdiendo todo de la antigua escuela”**. Ellos ven que el recambio de docentes por profesionales recién egresados puede ser perjudicial, basando su juicio en que estos poseen escasa experiencia clínica, **“algunos eran compañeros de nosotros y ninguno está tan preparado para ejercer realmente la docencia”**, **“encuentro esto de que la universidad esté como poniendo profesores más nuevos y todo está mal”**.

En cuanto a la conceptualización del cuidado de Enfermería logran construir una definición adecuada en cierta medida, incluyendo tanto la satisfacción de las necesidades biopsicosociales de los pacientes, como la atención mediante un enfoque holístico. Ahora bien, se denota que el aprendizaje de estos conocimientos fueron adquiridos principalmente por las prácticas clínicas y la experiencia del ejercicio del cuidado de Enfermería, **“En el ‘222’ empecé a comprender el cuidado de Enfermería”**, **“a nivel de ‘liderazgo’ logramos definir nuestro concepto de cuidado de Enfermería”**, **“La experiencia de realizar turnos entrega una idea global de cómo se brinda el cuidado de Enfermería”**.

En general los estudiantes se encuentran conformes tanto con los contenidos tratados en las diferentes asignaturas de su malla curricular, como con los conocimientos adquiridos en el transcurso de su formación como profesionales de Enfermería, sin embargo su principal crítica se dirige a las diferentes metodologías empleadas en la enseñanza del cuidado de Enfermería.

Por medio del análisis de las concepciones que tienen los estudiantes durante las distintas etapas a lo largo de su formación profesional podemos mencionar que el concepto del cuidado de Enfermería que manejan los estudiantes, tienen tendencias claras en cuanto al equilibrio entre el ámbito científico y humanista, en cada nivel; en el primer año es principalmente humanista, por el hecho de que, como ellos mismos reconocen, es mediante la experiencia clínica que se interiorizan los conocimientos entregados sobre el cuidado de Enfermería, experiencia clínica por la que no han vivido. Por lo tanto, al iniciar las prácticas clínicas, se produce nuevamente un desequilibrio marcándose la tendencia hacia el aspecto científico, para que en quinto año se acerque a un equilibrio. Sin embargo, a este nivel se evidencia la pérdida de ciertos fundamentos teóricos de la disciplina, esto influenciado por el ambiente en el que se desempeñan, ya que a nivel hospitalario estas bases tienden a dejarse de lado.

6. CONSIDERACIONES FINALES.

Al finalizar esta investigación nos percatamos que los resultados que de ella se obtuvieron podrán ser utilizados como sustento para investigaciones futuras relativas al tema del cuidado de Enfermería, así como evidencia empírica sobre la formación profesional de este concepto, siendo una base potencial de posibles modificaciones de los contenidos incluidos en las asignaturas impartidas por el instituto de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, así como en la metodología aplicada para abordar el aprendizaje del cuidado de Enfermería.

En un comienzo, este trabajo de investigación se inició bajo una inquietud personal de los investigadores por comprender por qué se interioriza tan tarde el concepto del cuidado de Enfermería siendo este la base fundamental de la disciplina de nuestra profesión.

Del análisis de los discursos entregados por los estudiantes, se logró el cumplimiento de los objetivos planteados, ya que se logra describir de la forma más amplia posible tanto el concepto del cuidado convencional, como el concepto del cuidado de Enfermería, además de identificar las características, conductas, acciones o elementos que se relacionan con dichos conceptos, que enriquecen y amplifican la concepción que poseen los estudiantes de ellos. Al mismo tiempo se consiguió evidenciar la influencia que existe en relación a la formación profesional de Enfermería sobre la conceptualización de los términos anteriormente descritos. Relación intrínseca, que los mismos estudiantes refieren, tanto en la realización de prácticas asistenciales, como en las metodologías de enseñanza teórica aplicadas por los docentes del Instituto de Enfermería de la Universidad Austral de Chile.

En lo referente al concepto del 'cuidado convencional', a la totalidad de los estudiantes, independiente del nivel de formación alcanzado, les resultó dificultoso llegar a una definición concreta y específica, reconociendo que esto se debía a las características propias del concepto como: la subjetividad, lo abstracto que es y lo influenciado que se encuentra por la cultura; pero lograron sin dificultad mencionar gran cantidad de características, acciones y conductas que se aproximan a la definición del cuidado que se establece en el marco teórico. Tras el análisis realizado no se logró evidenciar influencia de la formación académica, sobre el concepto que tienen los estudiantes, dado que en la estructura fundamental del concepto, estos alcanzan un nivel similar, debido a que en el constructo principal del concepto coinciden en los puntos clave como: proteger, ayudar, asistir, proporcionar bienestar, entre otras. Sin embargo en cuanto al número de asociaciones mencionadas se demuestra que mientras el nivel de formación es superior, ellos son capaces de establecer un mayor número de relaciones.

En cuanto al concepto del ‘Cuidado de Enfermería’, de la misma forma que el anterior, se vislumbró gracias a la descripción e identificación que los estudiantes realizaron, de las conductas y acciones que consideraban parte de este término, reconociendo un amplio número de elementos y características que se encuentran dentro del marco de la aplicación de un modelo holístico en el ejercicio del cuidado de Enfermería. También se logró evidenciar y documentar la influencia de la formación profesional del cuidado de Enfermería en su pensamiento y creencias, observamos cómo el estudiante es influido fuertemente, aunque a veces sin darse cuenta, por la experiencia clínica adquirida y de qué forma esta contribuye a la interiorización de los contenidos que en un principio no comprenden no se abordan por privilegiar otro orden de materias. Ahora, si bien, esta inquietud personal descrita anteriormente es compartida con los estudiantes de tercer año, en relación a la formación del cuidado de Enfermería y su aprendizaje tardío durante el transcurso del proceso educativo, podemos observar que ya se están haciendo los cambios necesarios para solucionar este problema, ya que los estudiantes de primer año presentan un nivel más amplio de comprensión sobre el concepto del cuidado de Enfermería así como de su ejercicio, que incluso alumnos de tercer año; este cambio metodológico en la forma de abordar el tema, ha mostrado que el Instituto se encuentra en concordancia a los cambios actuales en salud, reconociendo que el profesional de Enfermería es el protagonista fundamental de este cambio. Por otra parte, consideramos que el estudio de la “Teoría del Cuidado Humano” de Jane Watson, es una herramienta fundamental para generar bases acerca de la relación transpersonal que se genera entre Enfermero(a) – paciente, principalmente al enfrentarse a la práctica clínica, ya que como se expuso anteriormente, es en esta experiencia clínica cuando se integra de mejor forma el cuidado de Enfermería y todo lo que este conlleva.

Por medio del análisis del discurso de los estudiantes se logró indagar en la forma en que se imparte el cuidado de Enfermería. De lo descrito por los alumnos se desprende que el “Cuidado de Enfermería” es abordado desde distintas perspectivas durante el transcurso de la formación académica, estableciéndose que los dos primeros años de la formación profesional están netamente orientados a la internalización de conceptos, elementos y herramientas propias de Enfermería, las cuáles brindarán el sustento teórico para el ejercicio del rol de Enfermería en los años posteriores, tanto en formación profesional como en el ejercicio de la profesión. Ahora el cambio se evidencia en el quinto semestre de la formación, donde el inicio de las prácticas clínicas enfocan al estudiante a la adquisición de habilidades técnicas, influenciado por el entorno hospitalario, el cual brinda mayor relevancia a la realización de procedimientos, motivos que llevan al estudiante a priorizar o destacar este ámbito por sobre otros. Por último se demuestra que en el noveno semestre de la formación, el ‘Cuidado de Enfermería’ es abordado totalmente mediante la experiencia clínica, en la que deben desarrollar las cuatro áreas del rol profesional de Enfermería (asistencial, educación, investigación y administrativo), brindándole al estudiante una visión más amplia del cuidado de Enfermería.

Por último, nos resta agregar que este tema puede ser reforzado con el objetivo de brindarle mayor profundidad, por medio de un trabajo de campo, que incluya una integración

de distintas técnicas de recolección de datos como la observación participante o no participante.

7. REFERENCIAS

- ❖ Bunge, M. (1995). *La ciencia, su método y la filosofía*; 11^aed. España: Nueva Imagen.
- ❖ Burns, N. & Grove, S. (2004). *Investigación en Enfermería*; 3^aed. España: Elsevier.
- ❖ Castillo Del, M. & Siles, J. (2004). *Tras las huellas de nuestros orígenes cuidadores. Cultura de los cuidados, VIII* (16), 14-19. Extraído el 10 de mayo de 2009 desde http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/1018/1/culturacuidados_16_04.pdf
- ❖ Castillo, E. & Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*. 34 (3).
- ❖ Collière, M. (1993). *Promover la vida*. México D.F.; Mc Graw-Hill Interamericana.
- ❖ Covarrubias, K. (1998). Etnografía: El registro del mundo social desde la vida cotidiana (apuntes metodológicos). Red AL y C.
- ❖ Díaz, E. (2005) Percepción que tienen los estudiantes del cuarto año Enfermería de la UNMSM acerca de la enseñanza del cuidado integral del paciente. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú: Lima. Extraído el 19 de junio de 2009 desde http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/munasqui_ri/pdf/munasqui_ri.pdf
- ❖ Durán, M., (2007). Teoría de Enfermería ¿un cambio de herradura? *Aquichan*, VII (2), 161-173. Extraído el 11 de mayo de 2009 desde <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1432/2767>
- ❖ Durán, M., (2002). Marco epistemológico de la Enfermería. *Aquichan*, II (2), 7-18. Extraído el 11 de mayo de 2009 desde <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/741/74120203.pdf>
- ❖ Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. España: Ediciones Morata.
- ❖ Gaitán J. A. & Piñuel J.L. (1997). *Técnicas de investigación social. Elaboración y registro de datos*. Madrid: Editorial Síntesis.
- ❖ García-Pelayo, R. (1994). *Pequeño Larousse ilustrado*. Madrid: Ediciones Larousse.
- ❖ Gómez, O., Daza, L. & Zambrano, V. (2008). Percepción de cuidado en estudiantes de Enfermería: caracterización e impacto para la formación y la visión del ejercicio

profesional. *Avances en Enfermería*, XXVI (1) 85-96. Extraído el 19 de junio de 2009 desde http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_9.pdf.

- ❖ Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (1997). *Metodología de la Investigación*. Mexico, D. F.: McGraw Hill.
- ❖ Marriner, A. & Raile, M. (2003). *Modelos y teorías en Enfermería*; 6ª ed. Madrid: Elsevier Mosby.
- ❖ Martínez, M. (2006). La Investigación Cualitativa. *Revista de Investigación en Psicología*, IX (1), 123-146.
- ❖ Medina, J. (1999). *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería*; 1ª ed. Barcelona: Leartes A.S.
- ❖ Gobierno de Chile (2007). Ley Autoridad Sanitaria, N° 19.937; Norma general administrativa N° 19, Gestión del cuidado de Enfermería para la atención cerrada.
- ❖ Morrison, T., (1992). *Gran diccionario de sinónimos, antónimos e ideas afines*; 27ª ed. Madrid: Ediciones S. M.
- ❖ Morse, J. (2005). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. España: Universidad de Alicante.
- ❖ Neil, R. & Marriner, A. (2003). *Teoría del cuidado de Jean Watson*. En Marriner & Raile, *Modelos y teorías en Enfermería*. Madrid: Elsevier Mosby.
- ❖ Ortiz, M. (2001). *Valoración del rol educativo de la enfermera(o) asistencial en su práctica laboral*. Tesis de licenciatura. Universidad Austral de Chile: Valdivia.
- ❖ Padilla, P. (2006) *Importancia del cuidado en Enfermería*. Extraído el 09 de mayo de 2009 desde http://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/arti_22.pdf
- ❖ Pavan, R., Ferreira, A. & Ferreira, J. (2007). La percepción del cuidar entre estudiantes y profesionales de Enfermería. *Index de Enfermería*, XVI (56), 30-34. Extraído el 19 de junio de 2009 desde http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962007000100007&script=sci_arttext
- ❖ Real Academia de la Lengua Española. Consultado el 09 de mayo de 2009. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=cuidado
- ❖ Real Academia de la Lengua Española. Consultado el 09 de mayo de 2009. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=aprendizaje

- ❖ Rivera L., Triana A. (2007). Cuidado Humanizado de Enfermería: Visualizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del Country. *Revista de Enfermería; trabajos libres*, X(4), 15-21. Extraído el 10 de mayo de 2009 desde <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/EnfermeriaVol1042007/Trabajoslibres.htm>
- ❖ Rohrbach, C. (1998). Introducción a la teoría de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y de la universalidad de Madeleine Leininger. *Cultura de los cuidados*, II (3), 41-45. Extraído el 10 de mayo de 2009 desde http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5231/1/CC_03_06.pdf
- ❖ Rohrbach, C. (1997). Cuidar es tan antiguo como el mundo y tan cultural como la diversidad de la humanidad. *Cultura de los cuidados*, I (2), 36-39. Extraído el 10 de mayo de 2009 desde http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5240/1/CC_02_06.pdf
- ❖ Rosas, M.; Soto, D. (2008). *Demanda de cuidados de Enfermería en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Base de Osorno*. Tesis de licenciatura. Universidad Austral de Chile: Valdivia.
- ❖ Salas, M. (2004). Una introducción a la naturaleza del cuidado. *Cultura de los cuidados*, VIII (15), 43-48. Extraído el 10 de mayo de 2009 desde http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/1033/1/culturacuidados_15_08.pdf.
- ❖ Sandoval, C. (2002). *Investigación Cualitativa*. Bogotá: ARFO Editores e Impresores Ltda.
- ❖ Santacruz, M. (2006). *Ética del cuidado*. Universidad de Cauca, Colombia. Extraído el 09 de mayo de 2009 desde <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/junio/ETICA%20Y%20CUIDADO.pdf>
- ❖ Spradley, J. (1979). *The Ethnographic Interview*. Estados Unidos: Holt, Rinehart and Winston.
- ❖ Taylor, S., Bogdan, R. (1998). *Introducción a la investigación cualitativa*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica.
- ❖ Valenzuela, J. (2007). Más allá de la tarea: pistas para una redefinición del concepto de motivación escolar. *Educación e Pesquisa*. 33 (03), 409-426
- ❖ Valles, M. (2007). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- ❖ Watson, J. (2008). *Assessing measuring caring in nursing and health sciences*. 2ª ed. New York: Springer Publishing Company.

- ❖ Watson J. (1999). *Human Science and Human Care*. NLN: New York: Jones & Bartlett.
- ❖ Zea, L. (2003). Cuidar de otros: condición humana y esencia de una profesión. *Investigación y Educación en Enfermería*, XXI (2), 154-158.

8. ANEXOS.

8.1 ANEXO 1.

Consentimiento informado.

TEMA: *Concepto del cuidado en el discurso de estudiantes de Enfermería de la Universidad Austral de Chile.*

Investigadores responsables: Alex E. González Rodríguez y Marcelo E. Pozas Saralegui.

Estudiantes de Enfermería de la Universidad Austral de Chile.

Fonos: 74102611 – 87592034.

Correo electrónico: alex_gonzalez191@hotmail.com – marceloin_superable@hotmail.com

Se me ha informado e invitado a participar de una investigación cuyo propósito de estudio es describir las concepciones y conductas que asocian al concepto del cuidado, los estudiantes de Enfermería de la Universidad Austral de Chile.

Si accedo participar me comprometo a colaborar en este estudio, formar parte de un *Focus Group* (Grupo Focal) y en lo siguiente:

- Mi participación consiste en formar parte un Focus Group, en el cual me puedo negar a responder alguna pregunta o finalizarlo en cualquier momento.
- Permito que los investigadores utilicen mi información identificadora, pero sin darla a conocer en el estudio. Además accedo que modifiquen nombres o situaciones que puedan dar a conocer mi identidad.
- Entiendo que no existen riesgos conocidos y/o molestias relacionadas con este estudio; las que en caso de ser identificados por mí, las puedo manifestar y retirarme si lo estimo necesario.
- Se me ha permitido aclarar dudas en relación al estudio en el cual participo.
- Me puedo retirar en cualquier momento que estime, ya sea esto antes o durante la entrevista grupal.
- Permito que los investigadores graben la sesión de entrevista grupal.
- Entiendo que para mí no existen beneficios económicos por participar de este estudio.

Afirmo que accedo libremente a participar de este estudio, se me ha permitido aclarar las dudas que surgieron y en caso de necesitar más información me puedo contactar con los investigadores.

Yo, _____, he sido informada (o) por los investigadores con respecto al estudio.

Por lo que he decidido aceptar no aceptar, participar de este estudio.

Fecha: _____

Firma: _____

8.2 ANEXO 2.

GRUPO FOCAL

Fecha: __ de _____ de 2009

Lugar: CEDHAC, Edificio Ciencias del Cuidado en Salud, Universidad Austral de Chile.

Actividad: Grupo Focal

Tema: La Enfermería y el Cuidado

Moderador: Marcelo Pozas Saralegui.

Asistente: Alex González Rodríguez.

Participantes: __ estudiantes de __ año de la Carrera de Enfermería de la Universidad Austral de Chile.

INTRODUCCIÓN AL GRUPO FOCAL

Buenas tardes y bienvenidos a nuestra sesión. Gracias por su tiempo para participar en esta actividad realizada como parte fundamental de nuestra tesis de pregrado. Me llamo Marcelo Pozas S. y soy tesista de la carrera de Enfermería en esta Universidad. Me asiste Alex González R.

Cada uno de ustedes posee cierto grado de conocimientos sobre el tema a tratar.

El propósito del estudio es el de describir las concepciones y conductas que asocian al concepto del cuidado, los estudiantes de Enfermería de la Universidad Austral de Chile.

La información que nos provean será muy importante para nuestro estudio y potencialmente podría ser tomado en cuenta para futuras decisiones en relación a los Planes de los cursos impartidos.

En esta actividad no hay respuestas correctas o incorrectas, sino diferentes puntos de vista. Favor de sentirse con libertad de expresar su opinión, aún cuando esta difiera con la que expresen sus compañeros.

Se les pide que por favor hablen alto. Estaremos grabando sus respuestas, ya que no queremos perdernos ninguno de sus comentarios. Si varios participantes hablan al mismo tiempo, la grabación se perderá. Estaremos llamando a cada uno por el primer nombre. El informe final no incluirá sus identidades para asegurar la confidencialidad. Tengan en cuenta que estamos tan interesados en los comentarios negativos como en los positivos.

Nuestra sesión durará una hora y hora y media, y no tomaremos ningún receso formal. Colocaremos tarjetas en la mesa al frente de Usted, para que nos ayuden a recordar los nombres de cada cual. Para romper el hielo, vamos a averiguar algo sobre Ustedes, su nombre, lugar de origen, y díganos por favor lo primero que le viene a su mente cuando escucha el término “cuidado”.

1. ¿Por qué entraron a estudiar Enfermería?
2. ¿Qué significado le da a la Enfermería?
3. ¿Qué es el cuidado como concepto general?
4. ¿Qué es el cuidado en Enfermería?
5. ¿Qué diferencias existen entre el cuidado humano y el cuidado enfermero?
6. ¿Qué conductas asocian al cuidado enfermero?
7. ¿Qué opinión tienen con respecto a la formación impartida sobre el cuidado y de qué forma creen ustedes que se debe entregar?
8. ¿Qué ramos de la carrera han contribuido a definir el cuidado en Enfermería?
9. Considera usted que existen diferencias en el ejercicio del cuidado enfermero, bajo un modelo biomédico o en un modelo holístico.

8.2 ANEXO 3

ANÁLISIS DE DOMINIOS CULTURALES

Nota:

- ❖ De color negro los términos obtenidos desde el discurso de 5° año.
- ❖ De color rojo los términos obtenidos desde el discurso de 3° año
- ❖ De color celeste los términos obtenidos desde el discurso de 1° año.
- ❖ La reiteración de un término en otro discurso es representada por un número al costado de dicho término de acuerdo al nivel de formación, a su vez este número se encuentra con el color representativo mencionado anteriormente.

Proteger (3°) (1°) Brindar atención Ayudar (3°) (1°) Apoyar Organización-para Asistir (3°) (1°) Proporcionar bienestar (1°) Prevenir una enfermedad Prevenir complicaciones Preocuparse y ocuparse (1°) Promover Restaurar (1°) Mantener el bienestar La confianza El conocimiento que entrega la tradición La cultura "satisfacerlas (necesidades) en todo ámbito, social, psicológico y biológico" Alimentar Entregar tiempo "dar mucho de sí mismo" Entregar amor (1°) Experiencias familiares Es una relación entre personas	Es parte del	Cuidado (concepto general)
Cotidianeidad Siempre se asocia a enfermedad (3°) Inherente al ser humano (3°) Se asocia a salud o a hospital Subjetividad No estructurado Sin fundamento teórico	Es una característica del	Cuidado (concepto general)

Proceso breve "heredado de experiencias familiares" (3°) Involucra sentimientos (1°) Involucra emociones Abstracto "los cuidados se contextualizan y dependiendo de donde se entreguen tienen algún significado" "Responde a la cultura" "No se ve de una forma tan profesional"		
La vulnerabilidad de una persona Enfermedad Posibilidad de ocurrir un suceso perjudicial	Es una razón para	Cuidar (concepto general)
Bienestar de una persona (3°) (1°) Sentirse útil	Es el resultado de	Cuidar (concepto general)
Enfermería Establecer un lazo emocional	Es usada para	Ejercer el cuidado (concepto general)
Imprescindible para el cuidado del paciente Se basa en el cuidado (3°) (1°)	Es una característica de	La Enfermería
Conjunto de técnicas (1°) Conjunto de procedimientos (1°) Intervenciones sicosociales Educación al paciente (3°) (1°) Escuchar al paciente El cuidado como concepto general (3°) "Facilitar el contacto familia paciente" Conversar con el usuario (1°) Aconsejar al paciente La escucha activa (1°) Apoyo constante Comprensión Tolerancia "Conocer el entorno del paciente" La empatía (1°) Informar al paciente (1°) Guiar al paciente (1°) "Generar directrices" Apoyo biopsicosocial (3°) "Ser nexo entre el paciente y el equipo de salud" Supervisar (1°) Preocupación por la familia Educar al equipo de salud "asegurarse de que se le entreguen ciertos cuidados" Gestión del cuidado (3°) (1°) Promoción Prevenir	Es parte del	Cuidado de Enfermería.

<p>Proteger “Lo espiritual” “todas las acciones que uno puede hacer en pro del paciente” “Todas las acciones de Enfermería están orientadas hacia el cuidado” Preocuparse del paciente (1°) Preocuparse hasta de lo más mínimo El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) (1°) Saber de primeros auxilios Entregar tiempo. Planificar Mantener el bienestar Tratar con respeto No juzgar al paciente</p>		
<p>Subjetividad Cuidado general teorizado (3°) (1°) “Es intangible para el resto del personal” Dificultad para registrarlo Depende del profesional que lo ejerza (3°) Organizado Fundamentado (1°) Planificado Dirigido Estructurado (1°) Tiene objetivos claros (3°) Basado en un fundamento teórico (3°) (1°) Certeza de lo que se espera (3°) No es sólo “hacer” (3°) “está compuesto de teorías y técnicas; es una mezcla” “el cuidado de Enfermería es un trabajo en todas las áreas, que a pesar de eso no es reconocido” Es integral “Ve a la persona como un ser holístico” “es más personalizado” De mayor responsabilidad No involucra fuertes lazos afectivos</p>	Es una característica del	Cuidado de Enfermería.
<p>Asociado a técnicas (3°) Asociado a “papeleo” (3°) Imperceptible (3°) (1°) Percepción negativa de los usuarios</p>	Es una característica (externa) del	Cuidado de Enfermería
<p>Falta de registros de Enfermería Desvalorización del área psicosocial en la práctica(3°)</p>	Es una característica (negativa) del	Cuidado de Enfermería
<p>La dependencia del paciente Proporcionarle bienestar (3°)</p>	Es una razón para	Ejercer el cuidado de Enfermería

Enfrentarse a algo desconocido (paciente)		
La empatía (3°) "Realizar una curación" Establecer una barrera emocional Los conocimientos aprendidos durante la formación profesional El Modelo Holístico Relación de ayuda Vocación	Es usada para	Ejercer el cuidado de Enfermería
Encargarse de todo (3°) Base de conocimientos (1°) "Gestión del cuidado" (3°) Desarrollar habilidades sociales	Es una vía para	Ejercer el cuidado de Enfermería
Agradecimiento del paciente (3°) "te buscan, te llaman y quieren que tú los atiendas" El bienestar del paciente	Es un resultado de	Ejercer el cuidado de Enfermería
Experiencia del docente Conocimiento del docente "Entregar nuevo conocimiento" "te tienen que exigir" Pro-actividad Entregar herramientas Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) Complemento ramos científicos con la relación de ayuda. Primeros auxilios	Es parte de	La formación del cuidado de Enfermería
Enfoque Biopsicosocial (3°) Se basa en la experiencia y el conocimiento "las materias no cambian, creo que va en cómo te lo imparten y la exigencia que te imponen" "antes íbamos a los campos clínicos y no teníamos la visión global de lo que hacía la enfermera" "en el 222 estábamos más preocupados de aprender las técnicas" "en segundo año ... con el primer acercamiento al hospital ... tuve una pequeña noción de lo que es el cuidado en Enfermería" "en tercero es donde lo interiorizas"	Es una característica de	La formación del cuidado de Enfermería
Profesores clínicamente inexpertos. "se están perdiendo todo de la antigua escuela" Profesores nuevos sin preparación en docencia. Diminución de la calidad docente Diminución de la exigencia académica Conocimientos amplios, pero superficiales (1°) Escases de docentes Clases expositivas muy extensas (1°)	Es un característica (negativa) de	La formación del cuidado de Enfermería

<p>“uno va en el ‘enfa 222’ de 8 a 12 y muchas veces no alcanzas a hacer nada”</p> <p>“En el ‘enfa 222’ hay muchos estudiantes durante la práctica en un servicio”</p> <p>“hasta nosotros estuvimos bien, pero los que vienen después es ahí donde está el problema”</p> <p>“un enfermero que salga de aquí ahora no va a ser igual al que salga en 5 años más”</p> <p>“yo he revisado las primeras guías y claro hablan del cuidado, del autocuidado, cosas que ni me recordaba”</p> <p>“la forma de enseñanza hace que la materia pasada sea rápidamente olvidada” (1°)</p> <p>En los primeros años no se aborda el cuidado de Enfermería (3°)</p> <p>“me acuerdo de miles de clases donde todos estábamos durmiendo” (3°) (1°)</p> <p>“los primeros años son como más teóricos y son ramos que no te llevan a conocer tanto la carrera y como se relaciona con el cuidado, además hay poca práctica” (3°) (1°)</p> <p>“nos damos cuenta que las materias que faltan son muchas, nos falta base”</p> <p>Algunos compañeros de tercero no saben de primeros auxilios</p> <p>“es un problema de malla curricular”</p> <p>“el ‘222’ lo encontré tan malo... es que todos eran conocimientos que... sacarlos de lugares que ni sabemos si están respaldados”</p> <p>“no me gusta el ‘ABP’, prefiero las clases”</p> <p>“el ‘ABP’ que tenemos ahora es una pérdida de tiempo”</p> <p>“de todos los sistemas de aprendizaje el que tenemos ahora es el peor, esta tutoría o ‘pseud ABP’”</p> <p>El avance de los ABP depende del tutor. Diferencia de criterios entre los docentes</p> <p>La formación no se acerca al actual desempeño profesional. Desmotivante La metodología de enseñanza no es efectiva</p>		
<p>Recambio de los profesores</p> <p>Uso de la metodología ABP</p> <p>“estamos bien como estamos, en relación a la práctica”</p> <p>“no creo que Enfermería como carrera en si sea</p>	<p>Es una característica (positiva) de</p>	<p>La formación del cuidado de Enfermería</p>

<p>estresante, en la carga académica” “los contenidos y los conocimientos son buenos” (3°) (1°) “que si le agregáramos más horas y más cosas sería malo” “cuando llegas al hospital tienes estos conceptos ya interiorizados ” La enseñanza en los primeros años “los ‘ABPs’ que se hacían en el ‘222’... tenían motivos transversales, desarrollar personalidad o actividades grupales” Salud pública es un complemento importante</p>		
<p>Conformidad con lo aprendido “Somos súper buenos profesionales” “tenemos una visión diferente a todas las otras universidades” “somos más buenos pa’ conversar” “hasta nuestra generación, es lo mejor que salió y que va a salir” “a nivel de liderazgo logramos definir nuestro concepto de cuidado de Enfermería” La experiencia de realizar turnos entrega una idea global de cómo se brinda el cuidado de Enfermería. “En el 222 empecé a comprender el cuidado de Enfermería” “en el internado recién me di cuenta que la enfermera hacia todo” “el cuidado recién lo vienes a interiorizar en 4°, ahí como que lo entiendes” Aplicación del Modelo Holístico (3°) Mejor base el área psicosocial</p>	<p>Es un resultado de</p>	<p>La formación del cuidado de Enfermería</p>
<p>Bajos sueldos de los docentes “la universidad no está valorando la carrera”</p>	<p>Es una causa de</p>	<p>La formación del cuidado de Enfermería sea deficiente</p>
<p>Prestigio de la universidad Antigüedad de la carrera Alto costo del arancel “tienes que tener una base de conocimientos para poder plantarte ahí y atender a los pacientes o cuidarlos” “puedes terminar haciéndole daño al paciente, en vez de ayudarlo si no sabes cómo”</p>	<p>Es una razón para</p>	<p>Que la formación del cuidado de Enfermería sea de calidad</p>
<p>Entrega tardía de conocimientos sobre el cuidado de Enfermería “hay que marcar la diferencia”</p>	<p>Es una razón para</p>	<p>Mejorar la calidad de la formación del cuidado de</p>

		Enfermería
<p>Entrega temprana de conocimientos sobre el cuidado de Enfermería</p> <p>Aumentar las horas asistenciales en los cursos iniciales (3°) (1°)</p> <p>Aumentar las horas asistenciales</p> <p>Aumentar las horas asistenciales en tercero y cuarto año.</p> <p>“subir el nivel de exigencia”</p> <p>Utilizar casos hipotéticos bien desarrollados</p> <p>Cambiar la actual metodología de enseñanza (1°)</p> <p>“complementemos con experiencia y con ejemplos específicos, experiencias y anécdotas”</p> <p>“los profes jóvenes deberían aprovechar de buscar una forma más dinámica de traer el conocimiento”</p> <p>“una “profe seca” que sepa todo enfocado al cuidado de Enfermería que nos haga una clase para después estudiarla”</p> <p>Mantener la metodología del ABP</p> <p>Los docentes deben unificar criterios</p> <p>“prefiero las clases expositivas”</p>	Es una vía para	Mejorar la calidad de la formación del cuidado de Enfermería
<p>“lo interiorizas pero tú no lo vives” (1°)</p> <p>“uno lo interioriza cuando va al hospital y lo pone en práctica” (3°)</p> <p>“En los primeros años... no lo asimilas, no lo incorporas” (3°)</p>	Es una característica del	Aprendizaje del cuidado de Enfermería
<p>Organización de los estudiantes</p> <p>“las ganas de aprender porque el que quiere aprender más igual va a aprender más”</p> <p>Utilizar casos hipotéticos bien desarrollados</p> <p>“uno siempre se acuerda de las anécdotas que cuentan los profes”</p>	Es una vía para	El aprendizaje del cuidado de Enfermería
<p>Preocuparse del entorno del paciente (3°) (1°)</p> <p>Preocuparse no sólo de la enfermedad (3°) (1°)</p> <p>Preocuparse del ámbito psicológico (3°) (1°)</p> <p>Preocuparse de cómo le afecta a la familia (3°) (1°)</p> <p>Preocuparse por el bienestar del paciente (1°)</p> <p>Priorizar</p> <p>“el modelo holístico ... es biopsicosocial , por lo tanto dentro de él estaría el modelo biomédico”</p>	Es parte del	Cuidado de Enfermería bajo un modelo holístico.
<p>“la valoración desde esa mirada integral es lo que cuesta un poco”</p> <p>“a nivel primario está muy desarrollado” (3°) (1°)</p> <p>Es biopsicosocial</p> <p>“se preocupa de todos los aspectos de la persona”(3°) (1°)</p>	Es una característica del	Cuidado de Enfermería bajo un modelo holístico.

Muy desarrollado en el área pediátrica En los servicios de adultos no se realiza una atención holística. Los estudiantes lo aplican		
---	--	--

8.2 ANEXO 4

TAXONOMÍAS.

- Taxonomía 1:
El Concepto del Cuidado (General).
- Taxonomía 2:
Conductas y/o acciones que forman parte del concepto del cuidado de Enfermería.
- Taxonomía 3:
Características del concepto del cuidado de Enfermería.
- Taxonomía 4:
La formación del cuidado de Enfermería.
- Taxonomía 5:
Acciones y/o razones que conducen a mejorar la calidad de la formación del cuidado de Enfermería.