

OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHILE, TEMUCO, SOBRE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS¹

OPINION NURSING UNDERGRADUATE STUDENTS FROM THE HEALTH SCIENCES FACULTY AT UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHILE, TEMUCO, ON CLINICAL ROUNDS

ALEJANDRO HERNÁNDEZ DÍAZ *

MÓNICA ILLESCA PRETTY **

MIRTHA CABEZAS GONZÁLEZ ***

RESUMEN

El objetivo fue describir la opinión de estudiantes, Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Chile, Temuco, respecto a las prácticas clínicas. Investigación cualitativa, descriptiva, a través de un estudio intrínseco de caso. Participaron educandos (tercer, cuarto, quinto año) del 2º semestre 2010. La muestra fue por conveniencia, conformada por 24 informantes, con firma del Consentimiento Informado, utilizando grupos focales (3) para recolectar la información. El análisis de datos siguió el esquema propuesto por Miles y Huberman y criterios de rigor de Guba y Lincoln. Emergieron 433 unidades de significado, surgiendo siete categorías: “Elementos de prácticas clínicas en relación a los recursos materiales y humanos” (88), “Evaluación de prácticas clínicas” (80), “Factores obstaculizadores en el desarrollo de las prácticas clínicas” (64), “Competencias específicas del supervisor de prácticas clínicas” (60), “Los factores que favorecen el desarrollo de las prácticas clínicas” (59), “Las competencias genéricas del supervisor de prácticas clínicas” (58) y “Concepto de prácticas clínicas” (24). Conclusión: Los estudiantes conciben las prácticas clínicas como una metodología activa importante para su formación profesional, son capaces de definir las, evaluarlas y reconocer instrumentos para ello, identifican el rol del docente como un elemento preponderante en el escenario clínico, como factor obstaculizador y facilitador según su experticia y formación en el área pedagógica. Identifican como competencias interpersonales relevantes en el docente: comunicación efectiva, componente ético-valórico y en las competencias sistémicas: debilidad en la valoración del proceso enfermero/a en las instrumentales y falta de orientación para la toma de decisiones.

Palabras clave: Prácticas clínicas, estudiantes de Enfermería, supervisor de Enfermería, competencia clínica.

ABSTRACT

The objective was to describe the opinion on clinical rotation of Nursery students, Health Sciences Faculty at Autónoma de Chile University, Temuco. Qualitative, descriptive research through an intrinsic case study. Third, fourth and fifth grade students participated during the second semester of 2010. The sample was intentional consisting of 24 informants signing an informed consent form, using Focus Groups (3) for data collection.

¹ Tesis para optar al grado de Magister en Enfermería con mención en Gestión del Cuidado, Programa dictado por la Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.

* Enfermero, Docente Universidad Autónoma de Chile. Temuco, Chile. E-mail: alejantohd@hotmail.com

** Enfermera. Docente Medicina Interna. Universidad de La Frontera. Facultad de Medicina. Temuco, Chile. E-mail: millesca@ufro.cl

*** Químico-Farmacéutico. Docente Ciencias Preclínicas. Universidad de La Frontera. Facultad de Medicina. Temuco, Chile. E-mail: mcabezas@ufro.cl

Data analysis followed the scheme proposed by Miles & Huberman (1994) and trustworthiness criteria by Guba & Lincoln (1985). 433 units of meaning emerged and seven categories came up: “elements from clinical rotation regarding human and material resources” (88), “clinical rotation assessment” (80), “hindering factors within clinical rotation process” (64), “specific competences of the clinical rotation supervisor” (60), “favorable factors to the process of clinical rotation” (59), “generic competences of the clinical rotation supervisor” (58) and “clinical rotation concept” (24). Conclusion: The supervisor of clinical practices only performs educational, teaching and administrative functions. His relevant personal competences are: effective communication, ethical-moral component. Among the systemic ones: weak appreciation of the nursing process. Among the instrumental: lack of decision-making orientation. It is inferred that the teacher is the human resource that allows the development of the role and competences of the students. It is expected of him/her special attributes related to his/her own specialization and formation in teaching. S/he is the facilitating factor if having these attributes and/or hindering if not.

Key words: Clinical clerkship, students, nursing faculty practice, clinical competence.

Fecha recepción: 11/11/11 Fecha aceptación: 06/03/13

INTRODUCCIÓN

La enseñanza es un proceso complejo, cuya esencia es la adquisición de un nuevo conocimiento o capacidad, y que además facilita el desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas de trabajo sobre una unidad de competencia laboral (1). Mediante este proceso se desarrollan las habilidades clínicas, las que consisten esencialmente en un conjunto de estrategias de razonamientos y destrezas que requieren pensamiento autónomo, posibilitan la resolución de problemas clínicos, obteniendo como resultado la entrega de cuidados profesionales (2). Las asignaturas clínicas, en general, plantean como objetivos educacionales el logro de competencias disciplinares y genéricas (3).

Competencia se define como la capacidad objetiva de un individuo para resolver problemas, cumplir actos definidos y circunscritos (4). Las de tipo laboral son una combinación dinámica de atributos, en relación a procedimientos, habilidades, actitudes y responsabilidades (5), que describen los encargados del aprendizaje de un programa educativo o lo que los educandos son capaces de demostrar al final del proceso, pudiendo

clasificarlas en instrumentales, interpersonales y sistémicas (6). Por su parte las competencias genéricas se refieren a la pericia, habilidad o aptitud necesarias para ejercer de manera idónea cualquier profesión, sin limitarse a una disciplina específica (3-7).

En el campo clínico se desarrollan las experiencias en la gestión del cuidado para adquirir competencias disciplinares y genéricas propias del rol profesional, es decir, en las áreas asistencial, educación, administración e investigación (8). La práctica clínica desarrollada en este espacio, implica una interacción constante entre el educando, el usuario, el docente clínico y las enfermeras asistenciales del respectivo servicio, contribuyen a satisfacer la demanda asistencial y función docente (9, 10). Los educandos, por cierto, deben cumplir con las distintas exigencias predeterminadas por los respectivos Planes de Estudios y normas de los Centros Asistenciales. Se estima que en éstas adquieren aprendizaje significativo en los dominios conceptuales (aprender y saber), procedimentales (saber hacer) y actitudinales (saber ser) (11). El ámbito práctico es una simbiosis entre el docente clínico y el estudiante ya que en esta atmósfera se comprometen emociones, aspectos sociales, técnicas, pro-

cedimientos, humanización y un ambiente de aprendizaje complementado con la teoría (10). La experiencia clínica en relación al concepto de “cuidado” posee una base preponderantemente sentimental y a través de este constructo y mediante el proceso enfermero se logra la concreción del arte del cuidar (12). Por tanto, la misión de las/os supervisoras clínicas es, en definitiva, ser cada vez más profesional en su actuar, procurando que el guía de prácticas posea experticia en las diversas áreas para desarrollarse en su función educativa.

Los docentes supervisores de prácticas (13) poseen un rol que es de vital importancia en la formación del profesional de Enfermería, cuando se gestionan los cuidados a los usuarios, porque sirve no sólo de modelo, sino que es quien asume el rol conductor dentro del proceso enseñanza-aprendizaje (14, 15), además de resguardar entre otras la integración del aspecto teórico, tanto de la profesión como de otras disciplinas, tiempo de acción de las intervenciones, recursos de aprendizaje, espacios físicos creando un ambiente favorable y la correspondiente evaluación de las actividades desarrolladas.

La evaluación se caracteriza como un proceso que implica recogida de información con una posterior interpretación en función del contraste con determinadas instancias de referencia o patrones de deseabilidad, para hacer posible la emisión de un juicio de valor que permita orientar la acción o la toma de decisiones (16). Todo enfoque en evaluación requiere de instrumentos que reflejen la filosofía de equidad del proceso, son las herramientas necesarias para obtener evidencias de un desempeño esperado (17, 18).

A su vez, en el proceso evaluativo es razonable considerar la opinión de los estudiantes en función de la participación, siempre pensando en la mejora; por tanto el educando también es un elemento de la influencia global en el contexto educativo (19, 20).

La relevancia de realizar estudios orientados a conocer la opinión de los estudiantes

radica en que es un indicador importante de los resultados y de la calidad de los servicios ofrecidos, enmarcados en el sistema nacional de aseguramiento de la calidad de la Educación Superior. Resalta que ellos son una significativa fuente de información utilizable en la evaluación continua de cualquier institución educativa (21). Los datos aportados permiten contestar los objetivos y revelar características importantes del funcionamiento de la institución de la que ellos mismos forman parte y determinar la medida en la que se alcanzan los fines preestablecidos. Ellos son pieza clave en cualquier programa de evaluación de la calidad educativa (22).

A través de la observación empírica y conversaciones informales con estudiantes de los distintos niveles curriculares de la carrera que realizan sus prácticas clínicas, se desprenden observaciones y análisis en relación a cómo se visualiza desde la mirada de los educandos y su relación con el desarrollo de las mismas en función del tiempo destinado, complejidad de centros de prácticas y número de estudiantes. Cabe destacar que la evaluación de los campos clínicos a nivel intra como extramuro es una de las preocupaciones de la Universidad Autónoma de Chile, Temuco, motivando el accionar en relación a los vínculos de convenios preestablecidos, valorando esta acción como un recurso de mejoramiento permanente y sistemático del quehacer administrativo y académico, y hace suyo el planteamiento que el trabajo universitario debe orientarse a mejorar el rendimiento académico, fortalecer la formación profesional y aumentar la eficiencia y productividad del proceso de formación, con el propósito de dotar al país de los profesionales que necesita en el área de su competencia y permanecer sensible a las necesidades particulares del país y especialmente de la región.

En este sentido, con el propósito de contribuir al mejoramiento de la formación de estudiantes en el área clínica, se plantea una investigación cualitativa a través de un es-

tudio de casos, cuyo objetivo es describir la opinión de los estudiantes de la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Chile, Temuco, respecto a las prácticas clínicas.

Una investigación realizada en este ámbito (23) concluyó que “los supervisores, debido a su escasa o nula formación en docencia, pueden cometer errores evaluativos o incurrir en falta de objetividad al evaluar”.

De esta manera, la presente investigación puede contribuir a la mejora de las prácticas clínicas en función de articular procesos evaluativos permanentes de las mismas por parte de docentes que ejercen tal actividad e incorporar fehacientemente la autoevaluación y retroalimentación en todas las actividades planificadas en este ámbito, logrando inducir, reforzar y valorar las competencias genéricas en el futuro profesional de enfermería formado en la Universidad Autónoma de Chile, Temuco.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se sustenta bajo el paradigma cualitativo descriptivo (24), a través de un estudio intrínseco de casos (25).

El interés es conocer la opinión de los discentes en el escenario natural, holístico, que apunte a detallar la percepción frente al problema estudiado (26).

La muestra seleccionada fue intencional de casos por criterios conformada por 24 informantes claves, 8 por cada nivel (tercero, cuarto y quinto), quienes accedieron a participar en el estudio previa firma del Consentimiento Informado. El criterio de inclusión fue pertenecer durante el 2010 a los niveles anteriormente mencionados y disponibilidad horaria para participar en la investigación.

En relación a aspectos éticos se señala que la Universidad Autónoma de Chile, Temuco,

no tiene formado un Comité de Ética, por lo que para esta investigación se consideró la autorización de la directora de Carrera en conjunto con la Dirección Académica de la misma. La pregunta que se responde en la investigación es: ¿Cuál es la opinión de los estudiantes de la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Chile, Temuco, en relación a las prácticas clínicas durante el segundo semestre 2010?

En lo específico se utilizó la técnica cualitativa de grupos focales para la recolección de datos, conformándose tres grupos, más la participación de tres personas: una para registrar las notas de campo, otra para grabar la información y el investigador principal quien hizo el rol de conductor. El tiempo de duración de cada sesión fue de 45 min cada una, con una distancia de 2 días de las sesiones programadas, realizadas en las jornadas de actividades teóricas del plan curricular. Las transcripciones fueron devueltas a los sujetos participantes, en este caso a los estudiantes, para su revisión y aprobación, previo a la elaboración del informe final. A modo de obtener los argumentos entregados por participantes y de esta manera relatar y retratar claramente lo expresado en función de técnica de registro se utilizaron las notas de campo y grabaciones.

El análisis de los datos se realizó a través de la reducción progresiva de ellos (separación de unidades, agrupamiento, identificación y clasificación de elementos), disposición, transformación y obtención de conclusiones verificables, validándose a través de la triangulación de investigadores y expertos (27). En lo concreto se realizó mediante tres niveles (28):

- Nivel 1: segmentación e identificación de unidades de significado (codificación) y agrupación en categorías descriptivas de los fragmentos de texto con sentido semántico relacionado directamente con el

carácter reflexivo desde el punto de vista del informante.

- Nivel 2: construcción de un sistema de núcleos temáticos emergentes o metacategorías (dimensión interpretativa del investigador, a partir de los conceptos del primer nivel).
- Nivel 3: identificación de dominios cualitativos (análisis secuencial y transversal de las metacategorías).

Cabe señalar que este proceso de análisis fue concurrente con la recogida de datos, sistemático, ordenado y flexible.

El rigor del estudio estuvo determinado por las siguientes estrategias de veracidad (29):

- Credibilidad: dada por la observación persistente, trabajo prolongado en el mismo tiempo, y comprobación con los participantes.
- Transferibilidad: por recogida de abundante información y descripciones minuciosas de los datos.
- Dependencia: por la posibilidad de replicar la investigación paso a paso en otros escenarios, estableciendo una pista de revisión.
- Confirmabilidad: a través del ejercicio de reflexión.

RESULTADOS

El análisis de los datos derivados de los grupos focales siguió un esquema que en forma progresiva genera una reducción de la información concordante con las interrogantes del estudio. En el Nivel 1, considerando los tres cursos, se encontraron 433 unidades de significado relevantes para el estudio agrupado en 7 categorías emergentes. Cabe destacar que el orden de la tabla es en relación a la frecuencia numérica (de mayor a menor)

de las unidades de significado (Tabla 1).

En la Tabla 2 se observa la primera categoría emergente “EPMH”, con 88 unidades de significado, reconociendo 57 alusiones a recursos materiales y 31 a humanos.

En la segunda categoría emergente “EPC”, con 80 unidades de significado, se relacionaron a las prácticas clínicas: concepto 21, importancia 28 e instrumentos de evaluación 31 (Tabla 3).

En la categoría factores obstaculizadores en el desarrollo de las prácticas clínicas “FOPC” (64 unidades de significado), se distinguen dos componentes: recursos materiales 43 y los humanos 21 (Tabla 4).

Para la categoría competencias específicas del supervisor de prácticas clínicas “CESP” hay 60 unidades de significado, donde se pueden separar las específicas del rol 50 y de otras disciplinas 10 (Tabla 5).

En la Tabla 6, categoría “FFPC” con 59 unidades de significado, surgen también los recursos materiales 33 y humanos 26.

En relación a la categoría competencias genéricas del supervisor de prácticas clínicas “CGSP” (58 unidades de significado), se distinguieron las instrumentales 12, sistémicas 15 e interpersonales 31 (Tabla 7).

En la Tabla 8, “CPC”, se identifican 24 unidades de significado que se atribuyeron al rol, habilidades técnicas, identidad, procesos clínicos y competencias.

En el Nivel 2 (Tabla 9) se agruparon y estructuraron las 7 categorías del primer nivel; emergiendo 3 metacategorías: conocimiento de las prácticas clínicas 192, competencias del supervisor clínico 123 y factores asociados al desarrollado de las prácticas clínicas 118.

En el Nivel 3, posterior al análisis secuencial y transversal de las metacategorías, emergen 2 dominios cualitativos. “Concepción de las prácticas clínicas estudiantes de Enfermería Universidad Autónoma-Temuco” y “Atributos del docente para la supervisión de prácticas clínicas” (Tabla 10).

Tabla 1. Distribución de frecuencias de las unidades de significado encontradas en los cursos.

Nº	CÓDIGO	CATEGORÍA	FRECUENCIA UNIDADES DE SIGNIFICADO
2	EPMH	Elementos de Prácticas Clínicas en relación a Recursos Materiales y Humanos	88
3	EPC	Evaluación de Prácticas Clínicas	80
5	FOPC	Factores obstaculizadores en el desarrollo de las Prácticas Clínicas	64
6	CESP	Competencias específicas del Supervisor de Prácticas Clínicas	60
4	FFPC	Factores que favorecen el desarrollo de las Prácticas Clínicas	59
7	CGSP	Competencias Genéricas del Supervisor de Prácticas Clínicas	58
1	CPC	Concepto de Prácticas Clínicas:	24
			433

Tabla 2. Distribución de frecuencias de las unidades de significado de la categoría elementos de prácticas clínicas en relación a recursos materiales y humanos “EPMH”.

Código	Categoría “EPMH”	Frecuencia unidades de significado (88)					
		Tercer año		Cuarto año		Quinto año	
		nº	%	nº	%	nº	%
RMA Recursos materiales	Insumos	7	23.3	8	26.7	8	28.5
	Centros de Práctica	6	20	12	40	10	35.7
	Medio de transporte	6	20	-	-	-	-
RRHH Recursos humanos	Docentes	7	23.3	7	23.3	5	17.9
	Equipos profesionales	4	13.3	3	10	-	-
	Trabajo en equipo	-	-	-	-	5	17.9
		30	100	30	100	28	100

Tabla 3. Distribución de frecuencias de las unidades de significado de la categoría evaluación de prácticas clínicas “EPC”.

Código	Categoría “EPC”	Frecuencia unidades de significado (80)					
		Tercer año		Cuarto año		Quinto año	
		nº	%	nº	%	nº	%
CONC Concepto	Centrada en el docente	6	42.8	8	22.2	7	23.3

Continuación Tabla 3.

IMPO Importancia	Notas	4	28.6	-	-	-	-
	Retroalimentación	-	-	4	11.1	6	20
	Objetividad	-	-	4	11.1	-	-
	Valoración aprendizaje	-	-	5	13.9	-	-
	Profesionalismo	-	-	-	-	5	16.7
INST Instrumentos	Pautas	4	28.6	10	27.8	6	20
	Autoevaluación	-	-	5	13.9	6	20
		14	100	36	100	30	100

Tabla 4. Distribución de frecuencias de las unidades de significado de la categoría factores obstaculizadores en el desarrollo de las prácticas clínicas “FOPC”.

Código	Categoría “FOPC”	Frecuencia unidades de significado (64)					
		Tercer año		Cuarto año		Quinto año	
		nº	%	nº	%	nº	%
RMA Recursos materiales	Horarios	4	40	-	-	-	-
	Sala habilidades clínicas	2	20	-	-	-	-
	Transporte	-	-	3	13.6	-	-
	Tiempo destinado a práctica	-	-	4	18.2	7	22
	Calidad campo clínico	-	-	4	18.2	5	15.6
	Número de alumno	-	-	4	18.2	5	15.6
	Insumos	-	-	-	-	5	15.6
RRHH Recursos humanos	Docentes	4	40	7	31.8	5	15.6
	Personal de Centros:	-	-	-	-	5	15.6
		10	100	22	100	32	100

Tabla 5. Distribución de frecuencias de las unidades de significado de la categoría competencias específicas del supervisor de prácticas clínicas “CESP”.

Código	Categoría “CESP”	Frecuencia unidades de significado (60)					
		Tercer año		Cuarto año		Quinto año	
		nº	%	nº	%	nº	%
EDR Específicas del rol	Educación	4	25	6	33.3	6	23.1
	Asistencial	6	37.4	7	38.9	8	30.8
	Gestión y administración	-	-	5	27.8	-	-
	Gestión del cuidado	-	-	-	-	8	30.8
EOD En otras disciplinas	Apoyo emocional	3	18.8	-	-	4	15.3
	Visitas domiciliarias	3	18.8	-	-	-	-
		16	100	18	100	26	100

Tabla 6. Distribución de frecuencias de las unidades de significado de la categoría factores que favorecen el desarrollo de las prácticas clínicas “FFPC”.

Código	Categoría “FFPC”	Frecuencia unidades de significado (59)					
		Tercer año		Cuarto año		Quinto año	
		nº	%	nº	%	nº	%
RMA Recursos materiales	Insumos:	5	41.7	5	20.8	7	30.4
	Centros de calidad	4	33.3	6	25	-	-
	Convenios Centros de prácticas	-	-	-	-	6	26.2
RRHH Recursos humanos	Docentes	3	25	8	33.4	7	30.4
	Alumnos capacitados	-	-	5	20.8	-	-
	Actitud del personal (equipo)	-	-	-	-	3	13
		12	100	24	100	23	100

Tabla 7. Distribución de frecuencias de las unidades de significado de la categoría competencias genéricas del supervisor de prácticas clínicas “CGSP”.

Código	Categoría “CGSP”	Frecuencia unidades de significado (58)					
		Tercer año		Cuarto año		Quinto año	
		nº	%	nº	%	nº	%
CINS Competencias instrumentales	Organización	3	25	-	-	-	-
	Comunicación oral y escrita	-	-	5	25	-	-
	Organización y planificación	-	-	-	-	4	15.4
CSIS Competencias sistémicas	Adaptación	2	16.7	-	-	-	-
	Iniciativa	-	-	3	15	-	-
	Liderazgo	-	-	-	-	5	19.2
	Calidad	-	-	-	-	5	19.2
CINT Competencias interpersonales	Valores	7	58.3	5	25	4	15.4
	Ética	-	-	3	15	4	15.4
	Trabajo en equipo	-	-	4	20	-	-
	Autocrítica	-	-	-	-	4	15.4
		12	100	20	100	26	100

Tabla 8. Distribución de frecuencias de las unidades de significado de la categoría concepto de prácticas clínicas “CPC”.

Código	Categoría “CPC”	Frecuencia unidades de significado (24)					
		Tercer año		Cuarto año		Quinto año	
		nº	%	nº	%	nº	%
DPC	Rol	3	37.5	3	42.8	3	33.3

Continuación Tabla 8.

Definiciones de práctica clínica	Habilidades técnicas	3	37.5	2	28.6	2	22.2
	Identidad	2	25	-	-	-	-
	Procesos clínicos	-	-	2	28.6	-	-
	Competencias	-	-	-	-	4	44.5
		8	100	7	100	9	100

Tabla 9. Relación entre metacategorías, categorías y unidades de significado con respecto al objeto de estudio.

Metacategorías	Categorías	Unidades de significado	
		n°	%
Conocimiento de las prácticas clínicas	Elementos de Prácticas Clínicas en relación a Recursos Materiales y Humanos “EPMH”	88	
	Evaluación de Prácticas Clínicas “EPC”	80	
	Concepto de Prácticas Clínicas “CPC”	24	
Factores asociados al desarrollo de las prácticas clínicas	Factores obstaculizadores en el desarrollo de las Prácticas Clínicas “FOPC”	64	
	Factores que favorecen el desarrollo de las Prácticas Clínicas “FFPC”	59	
Competencias del supervisor clínico	Competencias específicas del Supervisor de Prácticas Clínicas “CESP”	60	
	Competencias Genéricas del Supervisor de Prácticas Clínicas “CGSP”	58	

Tabla 10. Relación de los dominios cualitativos emergentes con sus respectivas metacategorías y categorías.

Dominios	Metacategoría	Categoría
Dominio 1: “Concepción de las prácticas clínicas estudiantes de Enfermería Universidad Autónoma-Temuco”	Conocimiento de las prácticas clínicas	Elementos de Prácticas Clínicas en relación a Recursos Materiales y Humanos “EPMH”
		Evaluación de Prácticas Clínicas “EPC”
		Concepto de Prácticas Clínicas “CPC”
	Factores asociados al desarrollo de las prácticas clínicas	Factores obstaculizadores en el desarrollo de las Prácticas Clínicas “FOPC”
		Factores que favorecen el desarrollo de las Prácticas Clínicas “FFPC”
Dominio 2: “Atributos del docente para la supervisión de las prácticas clínicas”	Competencias del supervisor clínico	Competencias específicas del Supervisor de Prácticas Clínicas “CESP”
		Competencias Genéricas del Supervisor de Prácticas Clínicas “CGSP”

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En relación a los resultados se puede argumentar que los estudiantes opinan en relación a las prácticas clínicas desarrolladas en su proceso formativo, desde las bases del concepto, la evaluación de las mismas e instrumentos comprometidos en ello. Además de considerar sus puntos de vista respecto al docente y las competencias que éstos les fomentan, mencionan los factores que favorecen las prácticas como aquellos que las obstaculizan.

De acuerdo a la categoría “concepto de prácticas clínicas” conforme a la disciplina enfermera, se puede mencionar que los tres grupos de informantes reconocen el “rol” y “habilidades técnicas”. El tercer año le da sentido a la “identidad”, el cuarto a “procesos clínicos” y el quinto asocia el término a “competencias”. Este proceso significa entonces que reconocen en el propio quehacer las intervenciones que le dan sentido a la misma, entremezclando los conceptos a medida del avance curricular, asumiendo que los estudiantes de niveles superiores son capaces de orientar en forma más integrada las definiciones con el rol que abarca habilidades, conocimiento y el comportamiento profesional adquirido. Reconocer la identidad a nivel de tercero involucra que también a ese nivel se pretende dar énfasis al rol, permitiendo la importancia de la construcción de este concepto y su autonomía, potenciando el ejercicio de la gestión hacia cursos superiores.

En la relación a la categoría de “recursos materiales y humanos en las prácticas clínicas”, con respecto a los primeros, los tres grupos de informantes incluyen insumos y campos clínicos. Lo evidenciado es esperable ya que estos elementos son primordiales para realizar tales actividades. Tal como lo expresan los estudiantes, se podría deducir que el Plan de Estudios de la carrera permite el desarrollo de las competencias genéricas (6), entonces el estudiantado es capaz de asumir

que los recursos requirentes son parte del rol formativo desde la mirada administrativa y asistencial disciplinar.

Se concibe como elemento de importancia el concepto “Convenios” en relación a recursos materiales; esto aducido por los tres grupos, lo que involucra que los educandos asumen que contar con mejores escenarios de práctica da un segundo valor agregado al campo clínico, asociándolo éste al concepto de calidad (17), ya que el no contar con este insumo a juicio de los estudiantes debilita el proceso en sí.

Respecto a los “recursos humanos” involucrados en las prácticas clínicas, en la opinión de los estudiantes se puede indicar que los puntos claves son los “docentes” y el “equipo de trabajo”. Mencionan como elemento positivo para los docentes el estar actualizados, tener esperteza y objetividad al momento de la evaluación, pero identifican cierto grado de subjetividad al momento de evaluar el proceso clínico; en cuanto al “trabajo en equipo” los entrevistados lo reconocen en el ejercicio clínico como parte esencial del proceso para formarse a nivel profesional, esto mencionado en los niveles superiores de formación disciplinar.

En la categoría “evaluación de las prácticas clínicas”, los educandos no identifican el concepto propiamente tal, ya que lo centran en el docente como elemento hegemónico incluyendo características que lo relacionan con su desempeño, actividades prácticas y actitudes. Privilegian que a la hora de ejecutar el rol de supervisor deben ser aquellos docentes con conocimientos del plano evaluativo en términos netamente educativos y con argumentos pedagógicos (20-22).

En cuanto a la “importancia” que tiene la evaluación de las prácticas clínicas, de ello se puede resaltar que los estudiantes de cuarto y quinto año lo asocian a la retroalimentación, ello da cuenta en definitiva que los estudiantes tienen internalizado este concepto en términos de evaluación, y lo asumen como parte de la cultura práctica en el ambiente

clínico. En síntesis, el alumnado da señales de planificaciones futuras objetivando la retroalimentación como parte del docente evaluador en el campo clínico.

La investigación arroja, en relación al “instrumento” para evaluar las prácticas clínicas, que este procedimiento se realiza en forma rutinaria, las respuestas de los entrevistados se centran en la pauta como mecanismo para apreciar conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes. La autoevaluación aparece en los discursos de los niveles de cuarto y quinto año, entonces de acuerdo al argumento está debería ser más secuencial y consensuada (22), sería por tanto importante proporcionar elementos de crítica constructiva o información a los estudiantes para modificar sus conductas de aprendizaje (22); reformular objetivo de las prácticas, perfeccionar la metodología propuesta en el campo clínico sería recomendable.

En las tablas 4 y 6, relacionadas con los “factores favorecedores y obstaculizadores de las prácticas clínicas” se incluye nuevamente el concepto de calidad, ya que en ambos se identifican recursos materiales y humanos, asociándolo como fundamental para llevar a cabo el cuidado en la atención del usuario, lo que es concordante con los objetivos propuestos por la formación enfermera, en relación a la gestión del cuidado, administración, cumpliendo con estándares que procuren una entrega valiosa de la gestión del cuidado. Entre los factores favorecedores aparece el supervisor clínico como un eje hegemónico para realizar las prácticas clínicas, reiterando nuevamente la importancia que le corresponde; éste es un facilitador que debe poseer una adecuada preparación en diversos campos, manejarse a nivel tecnológico, desarrollo humanístico, modelo por idoneidad, poseer competencias clínicas y ser percibido como ejemplo de identificación profesional, su cometido final es transmitir sus conocimientos, habilidades y actitudes, y motivar el crecimiento del educando en los diferentes espacios del campo clínico.

En cuanto a los factores obstaculizados, el docente también es visto como uno de ellos, ya que le implica una interacción constante entre el alumno, el usuario y las profesionales de nuestra disciplina que desarrollan niveles asistenciales, contribuyendo a satisfacer la demanda de gestión del cuidado y no así la función docente (9, 10). Otra asignación vinculada es la “actitud del personal”, debido a que el ambiente de aprendizaje generado en la realidad de un centro de salud es complejo ya que debe responder oportunamente a los cuidados de los pacientes, lo que dificulta la expresión de empatía, solidaridad, oportunidad, comunicación y actitud, entre otras. Las horas destinadas a las prácticas clínicas, convenios con centros y número de estudiantes por grupo, surgen como factores que impiden el logro de los objetivos, lo que nuevamente se relaciona al concepto de calidad ya mencionado en párrafos anteriores.

En las “competencias específicas del supervisor de prácticas clínicas”, todos identifican la educación y la asistencial como tal. Gestión y administración para los de cuarto año y la gestión del cuidado para los de quinto. Lo que refleja que la práctica clínica es el ambiente ideal para adquirir los conocimientos de enfermería, ya que ello abre las puertas de adquirir habilidades y destrezas en los campos de educación, gestión del cuidado, liderazgo y administración, y en un plano más elevado la investigación, la cual constituye el cimiento para desarrollar, evaluar y expandir el campo de conocimientos de la disciplina. Cabe señalar que ningún grupo relacionó la investigación como competencia específica. En cuanto a “gestión del cuidado”, se puede inferir que los estudiantes de quinto año tienen internalizado el concepto de la disciplina, identificando las competencias profesionales y genéricas (6).

En relación a las “competencias de las otras disciplinas atribuibles al supervisor de prácticas clínicas”, reconocen que son orientadas al campo de la psicología, don-

de le dan importancia al apoyo emocional, lo que se puede relacionar a las competencias interpersonales (6, 22). En relación a las “competencias genéricas del supervisor de prácticas clínicas”, lo encontrado se relaciona con la subdivisión instrumental, sistémica e interpersonal (6). Las primeras sólo son identificadas por los estudiantes del tercer año, los del cuarto le dan importancia a la comunicación oral y escrita y los de quinto a planificación. Como se plantea en la literatura, a medida del avance curricular se van adquiriendo e internalizando competencias significativas para ejecutar el rol.

La investigación presentada concluye que los estudiantes conciben las prácticas clínicas como una metodología activa importante para su formación profesional, son capaces de definir las, evaluarlas y reconocer instrumentos para ello, identifican el rol del docente como un elemento preponderante en el escenario clínico, como factor obstaculizador si carece de experticia o no posee formación en el área pedagógica, y por otra de facilitador de acuerdo al factor inverso de las características antes mencionadas, identifican que tienen actitudes positivas y liderazgo, que además hay un trabajo y un esfuerzo docente por lograr identidad disciplinar relacionada con el espectro asistencial, en los cursos superiores se esboza el concepto competencia involucrando al docente como gestor de ello. Los entrevistados identifican de las competencias interpersonales el componente valor y ética, dando espacio al ejercicio de la comunicación efectiva y es validada la autocrítica como elemento componente de este ámbito. En tanto, en las sistémicas reconocen elementos como la adaptación, iniciativa, calidad y liderazgo como ejes temáticos. En las instrumentales referidas por los entrevistados se puede indicar en relación a las prácticas clínicas que son sólo avocadas a la organización de las actividades y éstas plasmadas en los registros de enfermería, Derivado de esto, se espera que la investigación proponga nuevas investigaciones en el

ámbito de las prácticas clínicas en otros campos relacionados como curriculum, competencias, desarrollo docente. En relación al docente se sugiere capacitación permanente en el sentido evaluativo de las prácticas clínicas, además de incorporar fehacientemente la autoevaluación y retroalimentación en todas las actividades prácticas, de tal forma de afianzar la crítica y autocrítica en todos los involucrados en el proceso.

REFERENCIAS

1. Puntunet M, Domínguez A. La educación continua y la capacitación del profesional de enfermería. [Internet]. 2008 [citado 29 may 2011]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2008/en083g.pdf>
2. Molina P, Jara P. El saber práctico en Enfermería. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2010 [citado 01 jun 2011]; 26(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
3. Illesca M, Cabezas M, Nuin C, Jürschik P. Competencias del Docente Clínico Enfermera/o, Universidad Lleida (España) y La Frontera (Chile): Percepción del estudiante. *Cienc. enferm.* 2010; XVI (2): 99-106.
4. Muñoz C, Latrach C, González I, Araya M. Evaluación de Competencia del nivel Bachiller: Aseguramiento de la calidad en la formación de estudiantes de Enfermería. *Cienc. enferm.* 2010; XVI(1): 77-84.
5. Bedolla C. Competencias en la educación superior [Internet]. 2008 [citado 07 mar 2011]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos56/competencias-genericas/competencias-genericas.shtml>
6. Tuning Educational Structures in Europe. Informe Final Proyecto Piloto-Fase 1. Universidad de Deusto – Universidad de Gröningen. Edición y Cultura. Sócrates; 2003.
7. Urbina Laza O. Competencias de Enfer-

- mería para la seguridad del paciente. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2010 Sep [citado 13 may 2011]; 27(3): 239-247. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
8. Serrano P, Martínez. La tutorización de prácticas clínicas en pregrado de enfermería. *Metas Enferm*. 2008; 11(3): 28-32.
 9. García Sánchez MC, López Arroyo MJ, Lorente Gallego AM, Echevarría Pérez P. Cartas al Director. *Index de Enfermería*. 2008; 17(2): 149-150.
 10. Sanjuán A, Ferrer ME. Perfil emocional de los estudiantes en prácticas clínicas. Acción tutorial en enfermería para apoyo, formación, desarrollo y control de las emociones. *Invest. educ. enferm*. 2008; 26(2): 226-233.
 11. Tuning América Latina Reflexiones y perspectivas para la Educación Superior en América Latina. [Internet]. 2007 [citado 15 ene 2011]. Disponible en: <http://www.udb.edu.sv/dialogos/PDF/Resencion.pdf>
 12. Benner P. Práctica progresiva de enfermería. [Internet]. 2005 [citado 18 mar 2011]. Disponible en: <http://www.enferclinic.org>
 13. Ibáñez Alfonso LE, Amaya de Gamarra IC. Visibilidad de la Escuela de Enfermería en los campos de práctica. *Aquichán*. 2005; 5(1): 8-19.
 14. Reyes J, Jara P, Merino JM. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de Enfermería. *Cienc. enferm*. 2007; XIII (1): 45-57.
 15. Quintanilla M. Prácticas Clínicas. En: *Historia de un cambio: un currículo integrado con el aprendizaje basado en problemas*. Barcelona: Escuela Universitaria de Enfermería Vall dHebron; 2006.
 16. Paravic T, Burgos M. Evaluación de Calidad de Resúmenes de tesis de un programa de magíster en Enfermería. *Cienc. enferm*. 2009; XV(3): 55-68.
 17. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. *Michigan: Health Administration Press*; 1980.
 18. Tyler R. Principios básicos del currículo. Buenos Aires: Troquel; 8ª ed. 1986. 136 p.
 19. Prieto M, Contreras G. Las Concepciones que orientan las prácticas evaluativas de los profesores: Un problema develar. *Estud. pedagóg* [Internet]. 2008 [citado 23 may 2011]; 34(2). Disponible en: <http://www.scielo.cl>
 20. Escudero, T. Desde los test hasta la investigación evaluativa actual. Un siglo, el XX, de intenso desarrollo de la evaluación en educación. *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa (RELIEVE)*. [Internet]. 2003 [citado 8 may 2011]; 9(1). Disponible en: http://www.uv.es/RELIEVE/v9n1/RELIEVE-v9n1_1.htm
 21. Llanes Betancourt C, Rivero González OM. Acreditación docente para obtener calidad en la educación de enfermería. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2005 [citado 12 jun 2011]; 21(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100007
 22. Castro C, Galli A. Evaluación educacional. Construcción y aplicación de exámenes. Módulo N° 2. Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina (AFACIMERA). [Internet] 2002 [citado 8 may 2011]. Disponible en: <http://www.saidem.org.ar>
 23. Marrodán G. Percepción de académicos, supervisores de prácticas clínicas, estudiantes y egresados sobre validez del sistema de evaluación de competencias específicas utilizado en la Carrera de Obstetricia, Universidad de Antofagasta. *Rev Educ Cienc Salud*; 2009; 6 (2): 101-110.
 24. Burns N, Grove S. Metodología cualitativa. *Investigaciones en Enfermería*. 3ra ed. Madrid: Elsevier; 2005.
 25. De la Cuesta C. La investigación cualitativa y el desarrollo del conocimiento en enfermería. *Texto contexto-enferm*. 2010; 19(4): 762-6.
 26. Salamanca-Castro AB, Martín-Crespo C.

- El diseño en la investigación cualitativa. Nure Investigación [Internet]. 2007 [citado 12 may 2011]; 26, 1-6. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FI-CHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetodologica_26.pdf
27. Vásquez N, Ferreira da Silva M, Mogo-llón A, Fernández de Sanmaed M, Delgado M, Varas I. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Universidad Autónoma de Barcelona; 2006.
 28. Miles MB, Huberman A. Qualitative data analysis: an expanded sourcebook. Newbury: SAGE Publications; 1994. 338 p.
 29. Guba E, Lincoln Y. Naturalist Inquirí. London: Sage; 1985.