



UNIVERSIDAD DE BURGOS
PROGRAMA DE DOCTORADO
EDUCACIÓN

TESIS DOCTORAL

**LA VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA ENFERMERA
DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ESTUDIANTES DE GRADO**

Autora: Dolores Sánchez López

Directores: Dra. Dña. Carmen Palmero Cámara

Dr. D. Alfredo Jiménez Eguizábal

Burgos, 2018



UNIVERSIDAD DE BURGOS
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

(Art. 16.1 del Reglamento de Doctorado de la Universidad de Burgos. BOCYL 18/03/2014)

Dra. **Carmen Palmero Cámara**, Catedrática de Universidad y Dr. **Alfredo Jiménez Eguizábal**, Catedrático de Universidad, adscritos al Departamento de Ciencias de la Educación de la Universidad de Burgos

HACEN CONSTAR:

Que el trabajo de investigación titulado "**LA VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA ENFERMERA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ESTUDIANTES DE GRADO**", realizado por D^a. **Dolores Sánchez López**, para la colación del Grado de Doctor por la Universidad de Burgos, ha sido realizado bajo su dirección y que hallándose finalizado y cumpliendo con los requisitos formales y el rigor científico exigidos, autorizan su presentación ante el Tribunal correspondiente que ha de juzgarlo en la Universidad de Burgos

Para que así conste y surta los oportunos efectos, firmamos en Burgos, a 14 de febrero de dos mil dieciocho.

DIRECTORES DE TESIS

Fdo.: Carmen Palmero Cámara

Fdo.: Alfredo Jiménez Eguizábal

A mi esposo Heliodoro y a mis hijas e hijos

Elvira, Lara, Helios y Francisco

A todas las personas que cuidan,
y a las que aprenden y enseñan a cuidar.

AGRADECIMIENTOS

Mi más profundo agradecimiento a la doctora Dña. Carmen Palmero Cámara y al doctor D. Alfredo Jiménez Eguizábal, mis directores de tesis, cuya orientación, apoyo constante y celeridad a la hora de responder a mis dudas han sido esenciales en el progreso y culminación de este proyecto. Durante estos años sus comentarios han sido un extraordinario aliciente y sus muestras de confianza en mí un verdadero impulso. Gracias, de corazón.

Un agradecimiento especial a los estudiantes que han participado voluntariamente en este estudio, por su generosidad dedicándome su tiempo y compartiendo conmigo sus vivencias y reflexiones.

Gracias también a la decana, coordinador de prácticas externas y profesorado de la Facultad de Ciencias de la Salud, que han facilitado mi acceso a los participantes en esta investigación.

A mis compañeras de profesión, por tanto aprendizaje y debate compartido y a mis alumnos, por estimular en mí el deseo de ser una buena profesional. Gracias también a mis pacientes por enseñarme tanto.

Gracias a mis padres y hermanos, por mostrarme el valor del cuidado entre personas, a mi esposo, mis hijos e hijos políticos y a mis nietos, por estar junto a mí y crecer juntos.

ÍNDICE

Listado de tablas	13
Listado de figuras.....	14
Abreviaturas.....	15
INTRODUCCIÓN.....	17
Planteamiento y justificación del problema de investigación.....	17
Objetivos e hipótesis.....	22
Metodología.....	24
Fuentes.....	28
Articulación del contenido.....	28
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	33
1.1 Sociogénesis de la titulación.....	33
1.1.1 Ayudantes Técnicos Sanitarios.....	37
1.1.2 Diplomados Universitarios de Enfermería.....	39
1.1.3 Grado en Enfermería.....	43
1.2 El Prácticum en la formación enfermera	48
1.2.1 El Prácticum en la Universidad de Burgos.....	51
1.3 La relación entre estudiantes y profesionales asistenciales	58
1.4 La variabilidad en la práctica clínica	61
1.5 El Proceso de Atención de Enfermería.....	66
CAPÍTULO 2: MARCO EMPÍRICO	73
2.1 Diseño	73
2.1.1 Flexibilidad, circularidad y reflexividad.....	74

2.1.2	Diseño proyectado, emergente y final.....	75
2.2	Participantes.....	76
2.3	Obtención de los datos.....	79
2.3.1	Grupos de discusión.....	79
2.3.2	Entrevistas.....	83
2.3.3	Informes reflexivos del alumnado.....	85
2.4	Aspectos éticos.....	85
2.5	Credibilidad y rigor metodológico.....	87
CAPÍTULO 3: ANÁLISIS DE DATOS.....		91
3.1	Tipo de análisis.....	91
3.2	Etapas del proceso analítico.....	93
3.3	Software de apoyo QDA Minor lite.....	95
CAPÍTULO 4: RESULTADOS.....		101
4.1	Emociones positivas.....	102
Satisfacción.....		102
Reafirmación.....		103
Identidad.....		104
Refuerzo.....		105
Recompensa.....		106
Sentirse acogido.....		106
4.2	Emociones negativas.....	107
Inseguridad.....		108
Confusión e incertidumbre.....		109
Miedo.....		109
Sentirse condicionado.....		109
Desencanto.....		110
4.3	Lo mejor.....	112
Conocer la profesión.....		112
Relación con los pacientes.....		113
Crecimiento personal.....		114
Factor humano y compañerismo.....		115
Sentirse valorado.....		115

4.4 Lo peor.....	116
Las enfermeras que no quieren enseñar.	117
La incertidumbre inicial.	117
Los días perdidos.....	118
La escasa duración.	118
El exceso de implicación personal.	119
4.5 Fuentes de estrés	120
Con quien me toca hoy.....	120
Sentirse maltratada.	121
Quedarse en blanco. No saber.	121
No controlar emociones.	122
4.6 La evaluación de los estudiantes.....	124
El sentir del estudiante sobre la evaluación de las prácticas.	124
Su opinión sobre los informes reflexivos.....	126
4.7 Cosas que cambiarían	129
Tutores voluntarios e informados.....	130
Más tiempo de prácticas.	131
Cambiar el sistema de evaluación.	133
Prácticas en primer curso.	134
Acogida programada.	135
4.8 Variabilidad de los profesionales.....	136
En su relación con los estudiantes.....	137
En su relación con los pacientes.....	140
En la realización de técnicas.	143
En el uso del proceso enfermero.	145
En el uso de protocolos.	147
En la búsqueda de la evidencia.	148
Cómo repercute en los pacientes.....	149
Cómo lo afronta el estudiante.	151
Según edad y género.	152
Según motivación personal.	155
4.9 Aportaciones de los informes reflexivos	157
Encuentro con la muerte.....	161
Las deseadas técnicas.	162
El proceso de enfermería.....	163
Los errores.....	165
Las auxiliares de enfermería.	166
Descubriendo la profesión.....	166
Colaboradores clínicos.	169
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	175
CONCLUSIONES.....	191
LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN..	199

REFERENCIAS DOCUMENTALES.....	201
ANEXOS.....	213
Anexo A. Competencias transversales Enfermería.....	213
Anexo B. Métodos didácticos utilizados en Enfermería (Proyecto Tuning)	214
Anexo C. Prácticas Externas.....	217
Anexo D. Invitación a participantes. Consentimiento informado.....	224
Anexo E. Dimensiones en la evaluación de la calidad en la ICS	225
Anexo F. Grupos de discusión. Categorías y códigos	226
Anexo G. Entrevistas. Categorías y códigos.....	228
Anexo H. Informes reflexivos. Categorías y códigos.....	230

Listado de tablas

Tabla 1. Asignaturas de prácticas curriculares de Grado en Enfermería.....	56
Tabla 2. Número de rotaciones por asignatura de prácticas	56
Tabla 3. Total de rotaciones prácticas comprendidas en el plan de estudios.....	57
Tabla 4. Factores de variabilidad relacionados con la oferta de servicios.....	62
Tabla 5. Relaciones entre Proceso Enfermería y Método Resolución de problemas .	69
Tabla 6. Credibilidad en la investigación cualitativa.....	88
Tabla 7. Etapas en el trabajo con los datos cualitativos.....	94
Tabla 8. Códigos de identificación de participantes	99

Listado de figuras

Figura 1. Distribución de ECTS teóricos y prácticos en los cuatro cursos.....	55
Figura 2. Relación porcentual de presencialidad entre módulos teóricos y prácticos	55
Figura 3. Proceso de Atención de Enfermería. Relación entre etapas.....	71
Figura 4. Entorno de trabajo QDA Minor lite	96
Figura 5. Obtención y representación de datos cuantitativos	97
Figura 6. Representación de los fragmentos de texto codificados.....	97
Figura 7. Emociones positivas	107
Figura 8. Emociones negativas	111
Figura 9. Lo mejor	116
Figura 10. Lo peor	120
Figura 11. Fuentes de estrés.....	123
Figura 12. Códigos relacionados con los conceptos positivos y satisfactorios.	123
Figura 13. Códigos relacionados con los conceptos negativos e insatisfactorios....	124
Figura 14. Cosas que cambiarían.....	135
Figura 15. Dimensiones de la variabilidad observada por los estudiantes.	136
Figura 16: Variabilidad profesional en los grupos de discusión.....	156
Figura 17: Variabilidad profesional en entrevistas.	156
Figura 18. Aportaciones de los informes reflexivos	173
Figura 19. Relación entre dimensiones de variabilidad observada por estudiantes.	189

Abreviaturas

Art.	Artículo
ANA	American Nurses Association
ANECA	Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación
ATS	Ayudante Técnico Sanitario
DUE	Diplomado Universitario en Enfermería
EEE(S)	Espacio Europeo de Educación (Superior)
EBE	Enfermería Basada en la Evidencia
ECG	Electrocardiograma
ECTS	European Credit Transfer System (“créditos europeos”)
FIS	Fondo de Investigación Sanitaria
GPC	Guía de Práctica Clínica
GRD	Grupos Relacionados por el Diagnóstico
HUBU	Hospital Universitario de Burgos
ICS	Investigación Cualitativa en Salud
IV	Intravenoso
MBE	Medicina Basada en la Evidencia
p.	Página
pp.	Páginas
PBE	Práctica Basada en la Evidencia
PC	Protocolos Clínicos
PEI	Prácticas Externas I
PEII	Prácticas Externas II
PEIII	Prácticas Externas III

PEIV	Prácticas Externas IV
PEV	Prácticas Externas V
RCP	Reanimación Cardio-Pulmonar
TCAE	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
TFG	Trabajo Fin de Grado
UBU	Universidad de Burgos
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UE	Unión Europea

INTRODUCCIÓN

Planteamiento y justificación del problema de investigación

Los estudios para la obtención del título de enfermero generalista en España han sido objeto de cambios importantes durante el siglo pasado y primera década del presente. Actualmente la titulación requerida para el ejercicio profesional es la de Grado en Enfermería, puesta en marcha oficialmente en 2010, fruto del compromiso político de la ordenación académica universitaria con el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES).

Debido a los cambios en la titulación, en el momento actual se da la circunstancia de que en la práctica asistencial encontramos profesionales que han seguido tres programas formativos distintos: Ayudante Técnico Sanitario (ATS), regulado por el Decreto de 4 de diciembre de 1953 y la Orden de 4 de julio de 1955 del Ministerio de Educación Nacional; Diplomado Universitario de Enfermería (DUE), regulado por la Orden de 31 de octubre de 1977 del Ministerio de Educación y Ciencia y Graduado en Enfermería, regulado por el RD1393/2007 del Ministerio de Educación y Ciencia y la Orden CIN2134/2008 del Ministerio de Ciencia e Innovación.

El paso de ATS a DUE significó el ingreso de la titulación en la universidad y ha sido interpretado como el cambio de la enfermería técnica a la profesional, mientras que el cambio de DUE a Grado ha permitido a los profesionales enfermeros el pleno desarrollo académico.

Una de las características más relevantes de esta titulación es la necesidad de formación práctica. El proyecto Tuning (2006) la define como:

“...disciplina práctica, centrada en las personas, de la que en general se reconoce que es tanto un arte como una ciencia y que hace uso de conocimientos y técnicas derivados de su propia base científica y tradiciones y de las ciencias establecidas y de las humanidades” (p. 134).

El saber enfermero, epistemológicamente, se demarca como conocimiento práctico, es decir, el conocimiento que los profesionales, asistenciales y docentes, construyen durante su actividad (Medina y Castillo, 2006). Dicha formación tiene un peso muy importante en el programa de estudios y precisa de un gran número de profesionales asistenciales como tutores o colaboradores, ya que el estudiante no será solo un observador, sino que habrá de adquirir las competencias que le capaciten para el desempeño profesional y habrá de hacerlo en un entorno y contexto de cuidados de personas en situaciones de salud comprometida en muchos casos y, por lo tanto, en situación de gran vulnerabilidad.

El tema de la formación práctica en Enfermería ha sido y sigue siendo estudiado, junto con la historia y el desarrollo de la profesión, especialmente desde la década de los ochenta del siglo pasado. Se ha observado, desde entonces, una evolución muy favorable en el número de publicaciones y estudios de investigación, sobre todo gracias a la consolidación de revistas especializadas y a la celebración de congresos como foro privilegiado de intercambio de conocimientos (Morales, Hueso, De Pedro

y Bannasar-Veni, 2017).¹ Asimismo, con el desarrollo académico profesional reciente, son numerosas las tesis doctorales que se han leído en los últimos años. Sirva como ejemplo una búsqueda en la base de datos TESEO. Utilizando alternativamente, en el campo título, las palabras *Enfermería, Enfermera, Enfermeros y Cuidados*, se obtienen un total de 748 tesis doctorales, de las cuales más de la mitad se han defendido a partir del curso académico 2010/11. Del análisis de títulos y resúmenes se desprende una importante proporción de trabajos centrados en la formación de los estudiantes de Enfermería y todo el entorno implicado con su formación práctica.

Por otra parte, destacamos el interés por cursar estos estudios frente a otras titulaciones universitarias. Según la Estadística de universidades, centros y titulaciones del curso 2016/17, del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, la rama de Ciencias de la Salud es la que presenta una tasa de preferencia más alta, donde para cada plaza ofertada hay cuatro demandantes en primera opción y en cuanto a la tasa de ocupación, es decir la relación porcentual entre la matrícula de nuevo ingreso y el número de plazas ofertadas, alcanza el cien por cien. En nuestro país 119 centros ofertan la titulación de Grado en Enfermería, entre públicos y privados, existiendo número clausus para el acceso. La nota de corte más alta en 2015-16, fue de 11.801, si bien existen 30 centros, todos ellos privados, que no aplican nota de corte.

¹ En el momento actual se observa un crecimiento importante de la formación doctoral (49 programas de doctorado) y 89 grupos de investigación enfermera, cuya producción científica sitúa a España en un lugar destacado, séptimo en el ranking mundial, según datos del SCImago Journal and Country Rank (SJR), para el periodo 1996-2015. Asimismo, según catálogo de publicaciones periódicas de la Fundación Index, en España se editan 111 revistas de enfermería, con impacto desigual (Morales et al, 2017)

Como profesional enfermera a lo largo de cuarenta años, he vivido en primera persona los procesos de cambios de titulación y programas de estudios. Durante este tiempo mi contacto con los estudiantes ha abarcado un amplio abanico, tanto en mis etapas como profesional asistencial o durante mi periodo como docente a tiempo completo en la Escuela de Enfermería adscrita a la Universidad de Burgos. Así, en el transcurso de los ocho cursos académicos entre septiembre 2006 y octubre 2014 fui profesora de asignaturas teóricas, secretaria de estudios desde 2007 y profesora en sala de demostración durante cinco cursos académicos. Todo ello, junto con la colaboración en las prácticas clínicas de los estudiantes en mis periodos asistenciales, me ha permitido oír y escuchar las preocupaciones, inquietudes y satisfacciones tanto de los propios estudiantes como las de muchos profesores y tutores de prácticas.

Con frecuencia he reflexionado sobre la implicación del estudiante en su formación, sobre todo desde el papel más activo que le otorga el EEES, en el que, según Sánchez y Valverde (2008) se pretende pasar de un “modelo tarima” a un “modelo pupitre” y el profesor se convierte en un “provocador” estableciendo esquemas que facilitan al alumno el pensamiento crítico, la selección de información, la autocomprensión y el desarrollo autónomo del aprendizaje.

En las Facultades y/o Escuelas de Enfermería, tradicionalmente han sido los expertos, docentes o incluso asistenciales, los responsables del diseño de los programas formativos de prácticas, limitándose la participación del estudiante a la transmisión de incidencias por parte de los representantes de alumnos o, más recientemente, a la cumplimentación de encuestas de satisfacción docente. Sin embargo, podemos observar que el estudiante es un punto de unión, una conexión entre la teoría y la

práctica, por lo que su opinión se convierte en un interesante objeto de estudio y una oportunidad para aproximar los mundos académico y asistencial. Los futuros enfermeros se acercan a la profesión con su propia experiencia y expectativas y durante su formación práctica ocupan un lugar privilegiado como observadores participantes del ejercicio profesional. Constituyen un recurso para ver y diferenciar lo que los profesionales acabamos incorporando como normal o simplemente, dejamos de observar.

Fruto de estas observaciones y reflexiones son numerosos los interrogantes surgidos sobre el aprendizaje práctico en Enfermería. A lo largo de mi trayectoria profesional, en especial durante mi etapa docente, me he repetido preguntas como *¿realmente existe un abismo entre la teoría y la práctica?*, *¿cómo lo perciben los estudiantes?*, *¿cómo lo explican y qué significado le otorgan?*, *¿observan los estudiantes de enfermería la variabilidad en la práctica enfermera?*, *¿cómo influye esta variabilidad en su aprendizaje?* *¿ha cambiado la formación práctica en los diferentes planes de estudios?* La búsqueda de respuestas a todos estos interrogantes ha sido el motor personal para llevar a cabo el presente trabajo, cuya realización me permitiría finalizar un proyecto emprendido hace ya una década y a la vez cumplir el deseo de aportar una pequeña contribución a una profesión que amo y respeto.

En este contexto, ante una profesión dinámica, emergente en lo que respecta al pleno desarrollo académico y con una gran demanda social y laboral, las motivaciones científicas que me impulsan a profundizar en aspectos relacionados con la formación de profesionales enfermeros quedarían inmersas en los puntos siguientes:

- ✓ Reflexionar y aportar datos que puedan ser útiles para facilitar el proceso enseñanza-aprendizaje de los estudiantes de Grado en Enfermería tanto para los propios estudiantes como sus tutores y demás actores implicados.
- ✓ Explorar y considerar las propias vivencias y experiencias de los estudiantes en la búsqueda de acciones que garanticen y mejoren el aprendizaje práctico de los estudiantes de Grado en Enfermería.
- ✓ Contribuir en la búsqueda de puntos de unión entre la teoría y la práctica asistencial de las enfermeras a través de la mirada imparcial de los estudiantes.

La necesidad de centrar el tema de estudio en aspectos menos conocidos e investigados nos orienta a plantear y llevar a cabo un proyecto que dé respuesta a las siguientes preguntas de investigación *¿observan los estudiantes de enfermería la variabilidad en la práctica enfermera?, ¿cómo la explican y qué significado le otorgan?, ¿cómo influye esta variabilidad en su aprendizaje?, ¿realizan los estudiantes una práctica reflexiva?*

Objetivos e hipótesis

Para intentar dar respuesta a las preguntas de investigación planteadas, se diseña este proyecto cuyos objetivos quedan formulados en los siguientes términos:

Objetivo general

Explorar, describir y analizar la variabilidad en la práctica asistencial enfermera desde la perspectiva de los estudiantes de Grado en Enfermería.

Objetivos específicos

1. Identificar y analizar los comportamientos de los estudiantes ante la variabilidad observada en la práctica asistencial de sus tutores.
2. Determinar si existen diferencias entre las percepciones de los estudiantes tras la primera rotación de prácticas clínicas (segundo curso) y las rotaciones del último curso de la titulación (cuarto curso).
3. Explorar la existencia de factores asociados a la variabilidad en la práctica enfermera.
4. Conocer la identificación del proceso de enfermería por los estudiantes como metodología de trabajo.
5. Identificar aspectos de mejora en el diseño de las prácticas a través de las observaciones de los estudiantes.

Nuestra hipótesis de partida, basándonos en la literatura científica y en mi experiencia profesional, queda formulada en los siguientes términos:

Los estudiantes de enfermería perciben, durante su formación práctica, la variabilidad en la práctica clínica profesional, lo asumen como algo inevitable e intentan mantenerla al margen de su aprendizaje.

Sin embargo, con la intención de no perder de vista el carácter exploratorio, descriptivo e interpretativo, propio de la investigación cualitativa, mantenemos una actitud abierta a lo emergente en todo lo relacionado con las vivencias de los participantes con respecto a su formación práctica.

Metodología

Se plantea una investigación que pretende sumergirse en las vivencias de los estudiantes durante sus periodos de prácticas para intentar encontrar significados e identificar comportamientos que pudieran repercutir en su aprendizaje. Con estas premisas, consideramos que una investigación cualitativa puede dar la mejor respuesta a las preguntas planteadas.

Si bien la mayoría de revisiones históricas sobre la investigación cualitativa se centran en el siglo XX, sus inicios se remontan a la Antigua Grecia con los trabajos de Herodoto, padre de la historiografía, Aristóteles y su necesidad de observación y experiencia, Tácito y los orígenes de la etnografía, y posteriormente, Marco Polo y los exploradores del nuevo mundo (Tojar, 2006).

El empleo de la investigación cualitativa, como la conocemos hoy en día, se divulgó en los estudios de la Escuela de Chicago en la primera mitad del siglo XX, declinando su interés en favor de los métodos cuantitativos a mediados del siglo pasado para volver a resurgir en la década de los sesenta en disciplinas como la antropología, sociología o psicología, sin excluir otras. Se considera esta época como la edad dorada de la investigación cualitativa, en la que los investigadores centraron sus esfuerzos en formalizar de manera rigurosa los métodos de análisis de los datos, destacando, entre otros, los trabajos de Glaser y Strauss (1967) sobre la teoría fundamentada.

Esta etapa fue seguida por una fase de géneros desdibujados o borrosos, hasta bien entrados los años ochenta, y posteriormente por una etapa de crisis de representación y legitimación, hasta los años noventa. A partir de entonces encontramos una etapa

actual postmoderna con multiplicidad de paradigmas y métodos, en la que siguen operando los periodos anteriores, se descubren y redescubren nuevos modos de investigación y se descarta la investigación desde un punto de vista positivista, neutro y objetivo (Denzin y Lincoln, 1998). El campo de la investigación social cuenta con investigadores que optaron por la perspectiva ideográfica y el enfoque comprensivo con fundamento en la filosofía fenomenológica como Gadamer (1998) y Ricoeur (2006) entre otros, frente a la perspectiva nomotética de influencias positivistas representadas por Comte y Mill. (Mieles, Tonon y Alvarado, 2012).

En la actualidad la investigación cualitativa sigue ofreciendo una amplia producción científica en el campo de las ciencias sociales. Sería interminable la lista de autores que han contribuido y contribuyen con sus trabajos al desarrollo del conocimiento desde esta perspectiva. Los trabajos de Flick (2007), Ruiz-Olabuénaga (2012), Sandoval (1996) y Valles (1999) sobre este paradigma en general, Martínez-Guzmán, Stecher e Íñiguez-Rueda (2016) sobre el análisis de discurso; Contreras, Assael, Acuña, Santa Cruz, Campillay y Pujadas (2016), Allué (2002), Hernández, Hidalgo y Stagnaro (2005) sobre la etnografía; Murillo (2003), sobre la teoría fundamentada y muchos otros. Campos como la educación, las políticas públicas, la inmigración, el género, la salud, las cárceles, han sido investigados con este tipo de abordaje.

En el ámbito de la salud, autores como Amezcua y Gálvez (2002), Berenguera, Fernández-Sanmamed, Pons, Pujol, Rodríguez y Saura (2014), Calderón (2002, 2009), De la Cuesta (2011), y Romaní (2013), entre otros, han contribuido no solo con los resultados de sus investigaciones sino con la difusión de esta metodología de

investigación entre los profesionales sanitarios, tradicionalmente más familiarizados con la investigación cuantitativa.

Para Taylor y Bogdan (1984) la metodología cualitativa es un modo de encarar el mundo empírico cuyas características enuncian de una forma sencilla y comprensible y que destacamos aquí por cuanto es aplicable a esta investigación. La investigación cualitativa es inductiva, donde el investigador ve el escenario y a las personas no como variables sino desde una perspectiva holística y en su contexto. Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas objeto de su estudio, aspecto que han de entender y controlar cuando interpretan sus datos, además suspenden y apartan sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones. Todas las perspectivas son valiosas, no se busca “la verdad” o “la moralidad” sino una comprensión detallada de las perspectivas de otras personas. En la investigación cualitativa, todos los escenarios son dignos de estudio, los métodos son humanistas y se da énfasis a la validez.

En el contexto de la investigación cualitativa, la perspectiva fenomenológica está ligada a una amplia gama de marcos teóricos y escuelas de pensamiento en las ciencias sociales. Su origen deriva de los filósofos existencialistas alemanes, franceses y holandeses del siglo XIX y XX. Aunque su fundación se atribuye a Edmund Husserl, quien presenta la fenomenología como una reflexión filosófica que pretende fundamentar la objetividad del saber mediante un método consistente en dejar que las cosas mismas se hagan patentes, fue su discípulo Martin Heidegger el responsable del giro hermenéutico de la fenomenología (León, 2009). Heidegger (1927) define el concepto fenomenología en su libro *Ser y Tiempo* como “mostración del ente tal como

se muestra a sí mismo” (p.44) y su fenomenología hermenéutica o interpretativa tiene por objetivo comprender las vivencias de los seres humanos, entendiendo que la vivencia es en sí misma un proceso interpretativo y que la interpretación ocurre en el contexto donde el investigador es partícipe.

El fenomenólogo debe aprehender la conducta humana, ya que lo que la gente dice o hace es producto del modo en que define su mundo (Taylor y Bogdan, 1984). En esta línea, trataremos de ver las cosas desde el punto de vista de otras personas, los estudiantes, entendiendo que su conducta, lo que dicen y lo que hacen, es producto del modo en que definen su mundo, para posteriormente aprehender ese proceso de interpretación.

Max Van Manen (2003), estudioso de la fenomenología hermenéutica en el contexto educativo, explica los dos métodos aplicables a la misma. Por un lado, la metodología descriptiva, y por tanto fenomenológica, ya que deja que las cosas hablen por sí mismas, y por otro lado la metodología interpretativa, y por tanto hermenéutica, ya que para él no existe fenómeno no interpretado, es decir, los hechos fenomenológicos de la experiencia vivida son siempre experimentados de forma significativa o hermenéutica.

Han sido las preguntas de investigación las que han orientado la metodología y diseño que se presenta en este trabajo, que pretende conseguir una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación tal como la presentan los propios estudiantes. Todo ello nos ha situado en el paradigma interpretativo-constructivista y en el método fenomenológico hermenéutico.

Fuentes

Para la construcción del trabajo se han utilizado dos tipos de fuentes: a) documentales y literatura científica y b) la voz que emerge de los participantes en la investigación, estudiantes de Grado en Enfermería de la Universidad de Burgos.

Entre las fuentes documentales se han analizado normativas y textos legales, tanto de rango nacional como autonómico y local, relacionadas con el tema de estudio, así como informes, propuestas administrativas, planes de estudios y programas, también tesis doctorales realizadas en entornos similares. Otras fuentes bibliográficas nos han orientado en cuanto a la actualización del marco conceptual y metodológico.

Para el acercamiento a la percepción y vivencias de los estudiantes del Grado de Enfermería de la Universidad de Burgos se han utilizado técnicas conversacionales, tanto de grupo como individuales -grupos de discusión y entrevistas semiestructuradas- y además técnicas textuales -informes reflexivos-. Para ello el muestreo ha sido intencional, buscando la pertinencia y suficiencia. Conscientes de la trascendencia del muestreo en la investigación cualitativa, este se describe de manera detallada en el capítulo correspondiente dedicado a la metodología.

Articulación del contenido

El trabajo se presenta en cinco capítulos, precedidos por listados de tablas, figuras y abreviaturas más la introducción y finaliza con un apartado dedicado a las conclusiones, las limitaciones del estudio y las futuras líneas de investigación; se incorpora además un apartado con las referencias documentales y otro con los anexos.

En la introducción se abordan los objetivos del trabajo, tras una breve descripción del estado de la cuestión y las motivaciones personales y científicas, además de la metodología empleada y la articulación del contenido.

En el capítulo primero se incluyen todos aquellos aspectos necesarios para conocer el contexto y facilitar la comprensión del estudio. Se inicia con una sucinta revisión sobre los cambios de la titulación en Enfermería en el último siglo, lo que facilita una visión panorámica de la evolución de los cuidados profesionales en nuestro país. Continúa con la presentación del papel que representan las prácticas en los estudios de Enfermería y su organización en la Universidad de Burgos. Posteriormente se aborda la relación que se establece entre estudiantes y profesionales asistenciales que colaboran en su formación práctica.

En este mismo capítulo se incluyen dos aspectos relevantes en la práctica asistencial: la variabilidad en la práctica clínica y el proceso de atención de enfermería. Ambos aspectos son realidades en el ámbito clínico que los estudiantes van a encontrar y a las que se enfrentan con preparación diferente. Mientras que son formados en el uso del proceso de enfermería como una herramienta para la aplicación de los cuidados, la variabilidad en la práctica, conocida ampliamente en el mundo asistencial, será algo novedoso para ellos, que esperan poder llevar a cabo lo que han aprendido en las aulas y salas de demostración tal y como han sido instruidos.

En el capítulo segundo se describe el marco empírico de la investigación realizada. El diseño, la elección de participantes y la obtención de datos, intentando en todo momento explicar el porqué de las decisiones tomadas en cada fase de la investigación,

enfaticando aquellas características necesarias para garantizar una investigación cualitativa rigurosa. Posteriormente se abordan los aspectos éticos de la investigación realizada, reflexionando sobre el cumplimiento de los principios de respeto a las personas, beneficencia y justicia y los requerimientos de consentimiento informado, valoración de riesgos y elección de participantes. Finaliza el capítulo con un análisis sobre el rigor metodológico empleado durante la realización del estudio, mostrando el interés en alcanzar la credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad necesarias.

El tercer capítulo se destina íntegramente al análisis de los datos, detallando el tipo de análisis realizado, un análisis de contenido cualitativo. Se describen también las etapas en el proceso analítico, explicando de forma pormenorizada la preparación de los textos y las dificultades encontradas, para finalizar con una descripción del software QDA Minor, herramienta de apoyo utilizada para el análisis de los textos.

En el cuarto capítulo se presenta la parte más descriptiva de los resultados, obtenidos a partir de la codificación y categorización de los textos, tanto transcripciones de grupos de discusión y entrevistas, como informes reflexivos. Dichos resultados han sido agrupados en ocho categorías: emociones positivas, emociones negativas, lo mejor, lo peor, las fuentes de estrés, la evaluación de los estudiantes, las cosas que cambiarían, la variabilidad en el hacer de los profesionales y las aportaciones específicas de los informes reflexivos. A su vez, la variabilidad ha sido analizada desde cinco subcategorías: ejecución de técnicas y procedimientos, relación con pacientes y familias, relación con estudiantes, uso de protocolos y evidencia científica y aplicación del proceso enfermero.

El capítulo quinto incluye la parte interpretativa de los resultados y la discusión. Buscamos explicación a los resultados, evitando afirmaciones que no estén refrendadas por los resultados mismos. Además, se establecen comparaciones con trabajos similares.

En las conclusiones del estudio resaltamos los hallazgos con respecto a los objetivos propuestos y los que consideramos más relevantes para la disciplina, así como las implicaciones sugeridas para la práctica.

El último apartado recoge las limitaciones del estudio y las futuras líneas de investigación.

El trabajo finaliza con las referencias documentales utilizadas que, aunque sin ánimo de exhaustividad, han sido suficientes para fundamentar la investigación realizada. Los ocho anexos que se adjuntan tienen un carácter ilustrativo.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Sociogénesis de la titulación

La incorporación de la Enfermería a la historia de la salud ha sido muy reciente, y lo ha hecho fundamentalmente desde aspectos relacionados con los tratamientos de cuidados, el análisis de la evolución de la profesión o el análisis de la relación entre enfermeros, pacientes y sociedad. Esta incorporación tardía obedece más a las dificultades para el reconocimiento de dicha investigación que al interés por parte de los profesionales (García-García y Gozalbes, 2012).

Pero a pesar de su carácter reciente, son numerosos los trabajos que han estudiado la historia y el desarrollo de la profesión enfermera en España (Hernández, 1995; Martínez y Chamorro, 2011; Sellán, 2009; Siles, 1999; Santo-Tomás, 2008; Ventosa, 1984), aunque en nuestro caso centraremos el interés investigador en los programas formativos de este país, refiriéndonos especialmente a las tres últimas titulaciones por ser las que todavía perduran en la práctica.

A grandes rasgos, los historiadores han dividido la historia de la profesión en tres etapas: vocacional, técnica y profesional, con un desarrollo más o menos paralelo en los diferentes países del mundo occidental. En España, la etapa vocacional ha sido subdividida en dos periodos, uno hasta el siglo XV y otro hasta el siglo XVIII en plena edad moderna; la etapa técnica se extendería durante los siglos XIX y gran parte del siglo XX, coincidiendo con la edad contemporánea y finalmente la etapa profesional desde las últimas décadas del siglo XX hasta nuestros días.

Existen documentos anteriores al siglo XV que permiten agrupar las tareas relacionadas con el cuidado de los enfermos en: a) cuidados de base, como higiene y confort, alimentación, eliminación, comunicación y contacto con el enfermo, b) cuidados técnicos, como recogida de orina, administración de medicamentos y cura de heridas y c) gestión, serían los trabajos de secretaría y escritura y organización del personal. También existen evidencias de este periodo histórico que muestran como el ejercicio de los cuidados era llevado a cabo por órdenes religiosas y personal seglar, sin embargo, poco se sabe de los programas formativos (Domínguez-Alcón, 1986).

Los primeros datos que se tienen sobre programas formativos para el ejercicio de los cuidados se remontan a 1617 y se trata del *Manual de Instrucción de Enfermeros*, elaborado por la Orden de los Hermanos Obregonos. Las órdenes religiosas habían tenido un papel importante en el cuidado de los enfermos durante la Edad Media, respondiendo fundamentalmente a las necesidades de salud derivadas de la Guerra de la Reconquista y las peregrinaciones del Camino de Santiago. Eran las órdenes religiosas las que regentaban los hospitales que se construían por iniciativa de reyes, obispos o grandes señores, (Chamorro y Martínez 2011).

Durante los siglos XVII y XVIII se editaron diversos manuales, escritos por hombres enfermeros, destinados a la formación de personas que administraban cuidados, mujeres que atendían partos y personas que asistían a enfermos en los hospitales, existiendo un profundo interés por evitar el contagio de enfermedades infecciosas.

Durante el siglo XIX y hasta mediados del siglo XX en España no se dispone de programas unificados de enseñanza y la escasez de mujeres seglares dedicadas al

cuidado hizo que la mayoría de las necesidades estuvieran cubiertas por religiosas, entre las que cabe destacar a las Hijas de la Caridad, cuya influencia se ha dejado notar en las primeras, y no tan primeras, etapas de la profesionalización de la Enfermería.

Por otra parte, la tecnificación que se produjo en la medicina durante el siglo XIX dio lugar a la aparición de diferentes tipos de profesionales y consecuentes reformas legislativas. En 1857 la Ley de Instrucción Pública, conocida como “Ley Moyano”, en sus artículos 40 y 41 indica que “El reglamento determinará los conocimientos prácticos que se han de exigir a los que aspiren al título de Practicantes y las condiciones necesarias para obtener el título de Matrona o Partera”.

Una Real Orden de 7 de mayo de 1915, del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes (Gaceta de Madrid de 21 de mayo) aprueba el programa de conocimientos necesarios para la habilitación de enfermeras. A partir de esa fecha, los títulos de enfermera, practicante y matrona se obtienen mediante un examen ante un tribunal constituido en la Facultad de Medicina de Madrid. La formación de las enfermeras consistía en un programa de 70 temas relacionados con anatomía, fisiología, patologías, uso de aparatos e instrumental, técnicas de cuidados básicos, curas, vendajes, masajes, prevención de enfermedades y cuidados post mortem, así como aspectos relacionados con las cualidades físicas, intelectuales y morales de la enfermera, sus deberes y obligaciones.

Posteriormente, la Orden 4 de agosto de 1953, del Ministerio de Educación Nacional (BOE 1 de septiembre) hace públicas las normas de admisión y estudio para enfermeras, con un programa formativo de tres años, que se debían realizar en régimen

de internado. La formación práctica suponía cuatro horas diarias a lo largo de los tres cursos, mientras que la formación teórica contemplaba las asignaturas de Religión, Moral profesional, Enseñanzas de hogar, Formación política y Educación física en cada uno de los tres años.

El resto de asignaturas se distribuyeron de la siguiente forma: a) en primer curso: Anatomía y fisiología, Bacteriología, Matemáticas aplicadas, Nociones de física y química, Higiene y Técnicas de cuidados; b) en segundo curso: Patología médica y quirúrgica, Dietética, Farmacología, Química aplicada, Nociones de psicología, Historia de la profesión y Técnicas de cuidados y c) en tercer curso: Órganos de los sentidos, Enfermedades infecciosas, Física, Maternología, Puericultura y pediatría, Elementos de psicología, Psiquiatría e higiene mental, Medicina preventiva y Sociología. La Orden no especifica el número de horas que debía dedicarse a cada asignatura.

La Ley de 25 de noviembre de 1944 de bases de la sanidad nacional (BOE 26 de noviembre), en su base trigesimocuarta sobre la organización profesional, estableció que la organización de los profesionales sanitarios estuviera representada por los Colegios, que agruparían oficial y obligatoriamente en su seno a cuantos ejercieran una profesión sanitaria.

Desde entonces y continuando en la actualidad, el colegio profesional, de acuerdo con sus estatutos generales y ley de colegios profesionales, es el encargado de representar con carácter exclusivo a la profesión de Enfermería nacional e internacionalmente, de

defender y proteger los intereses de los profesionales y de ordenar el ejercicio de la profesión.

1.1.1 Ayudantes Técnicos Sanitarios.

El Decreto de 4 de diciembre de 1953 (B.O.E. 29 de diciembre) unificó los estudios de Enfermera, Practicante y Matrona en el de Ayudante Técnico Sanitario (ATS), masculino o femenino. La Orden 4 julio 1955 del Ministerio de Educación Nacional (B.O.E. 2 de agosto) hizo públicas las normas para la organización de los nuevos estudios de Ayudante Técnico Sanitario, así como el programa formativo, programa que se asemeja bastante al que dos años antes se había publicado para la formación de enfermeras (Ortega, 2002).

Para la obtención del título se fijó un programa formativo de tres años de duración con enseñanzas teóricas y prácticas y el requisito de tener superados previamente cuatro años de bachillerato, bachillerato elemental de la época. Las estudiantes mujeres debían formarse en régimen de internado en las Escuelas de ATSF (Ayudante Técnico Sanitario Femenino), mientras que los hombres cursaban la titulación en las facultades de medicina.

Con respecto al programa de estudios la formación teórica y práctica se distribuía a lo largo de los tres años. El peso de la formación práctica era francamente superior al de la formación teórica presencial (en relación de 80/20). La formación práctica suponía un mínimo de cuatro horas diarias durante todo el año académico en el primer curso y un mínimo de seis horas diarias durante todo el año académico en segundo y tercero.

Llama la atención, con respecto a la formación teórica, el peso de asignaturas como Religión, Moral profesional, Formación política y Educación física, que se impartían a lo largo de los tres años, junto con Enseñanzas de hogar para las mujeres y Nociones de autopsia médico-legal en el caso de los hombres; mientras que la dedicación horaria a asignaturas relacionadas más directamente con la profesión quedaba en un total de 120 horas en primer curso, 160 en segundo y 125 en el último año.

La profesión se concebía y posibilitaba para el ejercicio auxiliar de la medicina. Álvarez-Sierra (1955) lo deja claramente explicitado en el libro editado como texto para los estudiantes de segundo curso de ATS, sobre Historia de la profesión, del que se extrae la siguiente cita:

“Fácilmente se comprende que, por todo lo expuesto, la confección de un programa de estudios de ayudantes técnicos sanitarios haya sido extraordinariamente laboriosa y delicada. De una parte, el progreso de la Medicina y la importante función del ayudante técnico sanitario obliga a que este reciba una formación científica indispensable a su misión. De otra, hay que tener en cuenta que debe adaptarse al *grado de formación previa y a su misión profesional*, en que deben dominar los conocimientos técnicos a los teóricos y evitar que el exceso de estos últimos le haga extralimitarse en sus funciones, sin olvidar que, en algunos casos y cuando actúa en medios rurales, donde el médico reside, a menudo, en otra localidad, su asistencia inmediata es de extraordinario valor.

Por ello, hemos de procurar que los conocimientos teóricos se reduzcan a los límites precisos de nociones, e incluso a definiciones tan solo, para que los ayudantes técnicos sanitarios conozcan la terminología médica más corriente y el fundamento indispensable para hacerles comprender la finalidad de su actuación en cada caso particular. En estas lecciones debe huirse de las elucubraciones teóricas y, en cambio, desarrollar la atención y el espíritu de observación de los discípulos y hacer una enseñanza eminentemente práctica y técnica.

Creemos que debemos conseguir ayudantes técnicos sanitarios poco sabios, pero, en cambio, hábiles y precisos en el ejercicio de su profesión y siempre con la conciencia de la función que deben llenar, en relación con el médico, el enfermo y la sociedad” (Álvarez-Sierra, 1955, pp. 61,62)

La formación práctica de este periodo formativo corresponde al tipo racionalidad técnica, acorde con el paradigma de pensamiento positivista imperante en la sociedad española en ese momento, pero, sobre todo, acorde con el propio plan de estudios. Entre los estudiosos de la historia de la enfermería, a este periodo se le conoce como el periodo de la enfermería técnica. En esta época la salud se define como ausencia de enfermedad, la teoría precede siempre a la práctica, la enfermera es una mera aplicadora de técnicas y el paciente es un receptor pasivo de procedimientos, tratamientos y consejos, como documentan Mínguez-Moreno y Siles (2014).

Como complemento a la formación básica de ATS se establecieron especialidades, al amparo del ya mencionado Decreto de 4 de diciembre de 1953 que habilitaba al Ministerio de Educación y Ciencia a la creación de las mismas. Estas especialidades eran de uno o dos años, se centraban en servicios diagnósticos y de tratamiento, como radiología y análisis clínicos, o en el cuidado de enfermos según problemas médicos, como urología, nefrología y psiquiatría. Fisioterapia, podología y matrona se constituyeron también como especialidades de ATS, si bien, hoy en día, podología y fisioterapia son estudios universitarios de grado, mientras que la formación de matrona se configura como una especialidad en ciencias de la salud, cuya formación depende del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

1.1.2 Diplomados Universitarios de Enfermería.

En la década de los setenta del pasado siglo, incorporando movimientos generados en otros países, surge una corriente de opinión interesada en promover la Enfermería a rango de disciplina. Por otra parte, la aplicación de la Ley General de Educación de 1970 deja dos alternativas a los estudios de ATS: la integración en estudios de

formación profesional de segundo grado o la integración en la universidad. Todos los grupos profesionales se inclinaron por la segunda opción y, tras un periodo de reflexiones y negociaciones, las escuelas de ATS acabaron integrándose o adscribiéndose a las universidades, produciéndose un cambio importante en la gestión de los planes formativos que históricamente habían sido responsabilidad del ministerio de salud.

El programa formativo otorgaba el título de Diplomado Universitario de Enfermería (DUE), cuya duración se mantuvo en tres cursos académicos con un total de 4600 horas. El número de horas obedecía al acuerdo europeo sobre instrucción y formación de enfermeras, ya que en aquellos momentos se preveía la incorporación de España en la Comunidad Económica Europea.

En este nuevo programa formativo la relación teoría/práctica se modifica al 50/50, pero las diferencias fundamentales con respecto a los estudios de ATS se pueden resumir en el enfoque científico de las enseñanzas, la formación como enfermeros generalistas tanto para la asistencia hospitalaria como comunitaria, el papel definido de la enfermera dentro del equipo de salud y el enfoque integral del cuidado (Chamorro y Martínez, 2011)

La Orden de 31 de octubre de 1977 del Ministerio de Educación y Ciencia dictaba las directrices para la elaboración de planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería. Las enseñanzas se distribuyeron en cinco áreas de conocimientos: ciencias básicas, ciencias médicas, ciencias de enfermería, ciencias de la conducta y salud pública. Por primera vez se habla de ciencias de enfermería y en esta área se

incluyeron asignaturas como Enfermería fundamental, Enfermería médico-quirúrgica, Enfermería materno-infantil, Enfermería psiquiátrica y Enfermería geriátrica.

Claramente la integración de los estudios de Enfermería en la universidad supuso un punto de inflexión en la transición de la disciplina desde una etapa técnica a una etapa profesional. En este nuevo contexto, coincidente con cambios políticos importantes en el país, y con la expansión de un paradigma de pensamiento socio-crítico, la disciplina enfermera comienza a incorporar en su discurso la práctica reflexiva. El concepto de salud cambia, siendo el ciudadano el responsable de su propia salud y adoptando una participación más activa en la solución de sus problemas; la enfermera deja el papel adocrinante para convertirse en un agente activo en salud (Mínguez-Moreno y Siles, 2014). Este cambio paradigmático y de programa de estudios, supuestamente, afecta tanto a la formación teórica como práctica. A nivel teórico, el programa aborda el Proceso de Atención de Enfermería, como un método sistemático para la aplicación de los cuidados centrado en los resultados y que requiere de la enfermera pensamiento crítico y práctica reflexiva.

A pesar de estos cambios, la formación práctica continuaba sin tener evaluación propia. Es decir, la superación del aprendizaje práctico, a pesar de su peso en el programa de estudios, seguía vinculado a la superación de las asignaturas teóricas, al igual que ocurría en los estudios de ATS, lo que favoreció una continuidad con respecto a la titulación anterior. La evaluación práctica, podía ser utilizada para mejorar o modular la puntuación obtenida en asignaturas teóricas, pero en ningún caso una evaluación positiva de prácticas podía convertir en aprobado una asignatura teórica no superada.

Llegados a este punto, se debe hacer referencia a los artículos 31, 32 y 33 de la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo (Diario oficial de la Unión Europea, 30-09-2005), dedicados a la formación, el ejercicio de las actividades profesionales y los derechos adquiridos de los enfermeros responsables de cuidados generales. El programa de estudios para los enfermeros responsables de cuidados generales se muestra en el anexo V.2, punto 5.2.1. de dicha directiva. La profesión de enfermero responsable de cuidados generales está considerada como una profesión regulada².

Aunque la Directiva es del año 2005, los requisitos de formación que establece ya se contemplaban, casi tres décadas antes, en los estudios de DUE: mínimo de tres años de duración y 4600 horas de formación teórico-práctica, siendo la formación práctica al menos la mitad de la duración mínima de la formación. La Directiva establece también que la formación teórica en cuidados sea impartida por personal docente de enfermería y otras personas competentes y en cuanto a la formación clínica o práctica la define como “aquella en la que el estudiante de enfermería aprende, dentro de un equipo y en contacto directo con personas sanas o enfermas o con la comunidad, a organizar, prestar y evaluar cuidados integrales de enfermería a partir de los conocimientos adquiridos” (Directiva 2005/36/CE, Art. 31, p L255/41). Se pide que el enfermero no solo sea capaz de trabajar en equipo sino también de dirigirlo y que sea

² Profesión regulada: actividad o conjunto de actividades profesionales cuyo acceso, ejercicio o una de las modalidades de ejercicio están subordinados de manera directa o indirecta, en virtud de disposiciones legales, reglamentarias o administrativas, a la posesión de determinadas cualificaciones profesionales; en particular, se considerará modalidad de ejercicio el empleo de un título profesional limitado por disposiciones legales, reglamentarias o administrativas a quien posea una determinada cualificación profesional (Directiva 2005/36/CE).

capaz de organizar cuidados integrales de enfermería, incluida la educación sanitaria a grupos.

1.1.3 Grado en Enfermería.

El desarrollo del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), cuyas bases se sentaron en la Declaración de Bolonia, el 19 de junio de 1999, firmada por 29 Estados europeos, ha supuesto el último cambio para la formación de enfermeros en nuestro país. El Real Decreto 1393, de Ordenación de las Enseñanzas Universitarias, de 29 de octubre de 2007, estructuró los estudios superiores en tres niveles: Grado, Máster y Doctorado, eliminando Diplomaturas y Licenciaturas. La duración de los grados se fijó en 240 European Credit Transfer System (ECTS).³

Las sucesivas declaraciones de la Sorbona (1998), de Bolonia (1999), de Praga (2001), Berlín (2003) y Bergen (2009) abrieron un programa de trabajo orientado a coordinar e impulsar la construcción del Espacio Europeo de Educación Superior, con nuevos modos de hacer universidad, métodos de trabajo renovados y orientados a la solución creativa de problemas (Palmero, 2008).

La convergencia europea supuso importantes cambios académicos en el escenario universitario. Según Jiménez-Eguizábal (2008), el conocido como Proceso de Bolonia

³ Sistema que permite medir el trabajo que realiza el estudiante para la adquisición de las competencias necesarias y poder superar las materias de su plan de estudios. Cada crédito supone entre 25 y 30 horas e incluye el tiempo dedicado a horas lectivas, horas de estudio, tutorías, seminarios, trabajos, prácticas, preparación y realización de exámenes y evaluaciones. Al ser un sistema de créditos común en todo el espacio europeo de educación superior, facilita la movilidad de los estudiantes.

estimulaba un giro epistémico y de estrategia en la política universitaria de los países miembros de la Unión Europea y Estados asociados que suponía cambios insospechados en las dimensiones prácticas, discursivas y sociopolíticas. En el orden pedagógico contemplaba un modelo educativo centrado en el aprendizaje de los estudiantes frente a la educación centrada en la enseñanza, lo que a su vez ha supuesto una nueva cultura de la planificación docente. El aprendizaje pasó a concebirse como un proceso de desarrollo de competencias. Es decir, el estudiante ha de desarrollar capacidades, habilidades, procedimientos y valores que impulsen la actualización progresiva de conocimientos (Pérez y González, 2008).

Durante los años 2000 a 2004 se llevó a cabo el Proyecto Tuning, bajo el lema *Armonización de las estructuras y programas educativos respetando su diversidad y autonomía*, partiendo del supuesto de que las titulaciones son comparables y compatibles si los resultados del aprendizaje y los perfiles académicos y profesionales también lo son. Se diseñaron cuatro ejes de acción: a) competencias genéricas, b) competencias disciplinarias específicas, c) el sistema ECTS y d) la función del aprendizaje, la docencia, la evaluación y el rendimiento (González y Wagenaar, 2006).

En la primera fase del proyecto (2000-2002) participaron unas 100 instituciones de la Unión Europea (UE) y el Espacio Europeo de Educación (EEE) y se trabajaron los tres primeros ejes en siete ámbitos temáticos: estudios empresariales, ciencias de la educación, geología, historia, matemáticas, física y química. En la segunda fase (2003-2004) se incluyeron dos ámbitos temáticos nuevos: estudios europeos y enfermería y además, se trabajó el cuarto eje del proyecto.

Resultados de aprendizaje y competencias son dos conceptos íntimamente relacionados, pero no intercambiables. Mientras que los resultados de aprendizaje son formulados por los profesores y expresan lo que el estudiante debe conocer, comprender o ser capaz de demostrar tras la finalización del proceso de aprendizaje, las competencias las adquiere o desarrolla el estudiante a lo largo del proceso de aprendizaje y representan una combinación dinámica de conocimientos, comprensión, habilidades y capacidades.

Se han descrito competencias genéricas o transversales y competencias específicas de cada área. Tuning distingue tres tipos de competencias genéricas: a) instrumentales, referidas a las capacidades cognitivas, metodológicas, tecnológicas y lingüísticas, b) interpersonales, es decir relacionadas con las habilidades sociales y c) sistémicas, la combinación de comprensión, sensibilidad y conocimientos.

En el campo de Enfermería se ha publicado ampliamente sobre las competencias a adquirir por los graduados (Falcó, 2004; González-Hernando, Martín-Villamor, Carbonero-Martín y Lara-Ortega, 2013; Palomino, Frías, Grande, Hernández, y Del Pino, 2005) con el Proyecto Tuning y el Libro Blanco de la titulación de Enfermería como trasfondo.

En junio 2004 vio la luz el Libro Blanco Proyecto de la titulación de Enfermería, en cuya elaboración participaron casi la totalidad de las universidades españolas, a instancias de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). En este documento se muestran las competencias genéricas y específicas para la titulación de Enfermería, siendo de gran interés la priorización que se realizó

sobre las competencias genéricas y que fue llevada a cabo con la participación de 2200 enfermeras (50% asistenciales, 25% gestoras y 25% docentes). Como puede verse en el Anexo A, de las 39 competencias propuestas, las cinco primeras fueron: capacidad de aplicar los conocimientos a la práctica, trabajo en equipo, motivación, compromiso ético y resolución de problemas. Los últimos lugares lo ocuparon en orden ascendente las competencias: conocimiento de una segunda lengua, habilidad para trabajar en un contexto internacional, conocimiento de culturas y costumbres de otras culturas, liderazgo y diseño y gestión de proyectos.

Los análisis de los programas de estudios de Enfermería europeos realizados por el proyecto Tuning pusieron de manifiesto cómo, dependiendo del momento histórico y los recursos, se habían incluido diferentes enfoques de aprendizaje en estos estudios. Así, enfoques cognitivos, conductuales, constructivistas y postmodernos han tenido cabida en la práctica asistencial y la formación de enfermeras. Han sido referentes, entre otros, la práctica experta de Benner (1984), el conocimiento tácito de Polanyi (2009) y la práctica reflexiva de Schön (1992).

La comparación de los 13 países participantes mostró diferencias entre los modelos de enseñanza-aprendizaje, siendo característicos los métodos tradicionales de instrucción, los modelos conductuales e instructivos, los modelos constructivistas y los enfoques cooperativos, si bien se apreciaba una insuficiente atención al aprendizaje experiencial, ya que el modelo tradicional de aprendices seguía ocupando un lugar preeminente en la enseñanza de la enfermería. En el anexo B, se registran los métodos didácticos empleados por los países participantes en el proyecto Tuning, donde se refleja como en nuestro país, en aquel momento, los debates, las visitas observacionales, el

aprendizaje basado en problemas, el aprendizaje basado en preguntas o el aprendizaje por descubrimiento, así como el aprendizaje virtual y electrónico, junto con el uso del portafolio, eran utilizados con menor frecuencia que otros métodos más tradicionales.

Centrándonos en la normativa de nuestro país, en 2008, el Ministerio de Ciencia e Innovación publicó la Orden CIN/2134/2008, en la que se establecieron los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de enfermero. Esta Orden establece las 18 competencias generales que el estudiante debe adquirir y, con respecto a la planificación de las enseñanzas, indica que el plan de estudios debe incluir, como mínimo, los siguientes módulos: Formación Básica Común (60 ECTS), Ciencias de la Enfermería (90 ECTS) y el Prácticum (90 ECTS), que incluye las Prácticas Clínicas y el Trabajo Fin de Grado (TFG). En cada uno de estos módulos se desglosan una serie de competencias específicas a alcanzar por el estudiante.

Vemos, pues, que, a pesar de los cambios sufridos en la formación para el ejercicio de la profesión a lo largo del último siglo, se ha mantenido un elemento común en todas ellas: la formación práctica. El aprendizaje práctico significa para el estudiante el encuentro con la realidad, el reto de llevar la teoría a la práctica y de identificar en la práctica la teoría, el demostrar que sabe, que sabe hacer y sabe ser; es decir, le permitirá demostrar y demostrarse si es o no competente para el desempeño profesional.

No obstante, además de los cambios expuestos, los estudios de Grado han aportado una diferencia importante con respecto a la forma de evaluar las prácticas en las titulaciones anteriores. Cada asignatura práctica deberá ser evaluada y superada de

forma independiente, al igual que las asignaturas teóricas. Así mismo contarán con una guía docente, donde se especifiquen competencias a adquirir y resultados de aprendizaje esperados, además de un sistema de evaluación que se ajuste a la normativa vigente en la universidad. Ante esta situación podemos anticipar un reto y un desafío, ya que la guía docente será elaborada por el profesor de la asignatura, quien también diseñará las herramientas de evaluación, pero el estudiante realizará sus prácticas bajo la tutela de un profesional asistencial. La necesidad de coordinación y comunicación entre ambas figuras está servida, y todo ello sin olvidar que cada estudiante estará con un profesional distinto.

Teóricamente, los cambios introducidos con el nuevo programa de estudios no hacen sino reforzar la práctica reflexiva, prerequisite para la autoevaluación que permite el desarrollo y crecimiento del juicio clínico (Tanner, 2006), ya iniciada en la Diplomatura. Considerando que los estudios de Diplomatura se han mantenido durante casi cuarenta años (1977-2010), es de suponer que así ocurre en la práctica asistencial, donde el uso de esta práctica reflexiva permite volver a examinar sensaciones y conductas relacionadas con acontecimientos clínicos con el fin de planificar para acontecimientos futuros (Beam, O'Brien y Neal, 2010).

1.2 El Prácticum en la formación enfermera

De los 240 ECTS que configuran la titulación de Grado en Enfermería, 90 se destinan al módulo denominado Prácticum por la Orden CIN/2134/2008, que incluye el TFG más las Prácticas curriculares tuteladas. Por su parte, el citado RD 1393/2007 sobre la Ordenación de las Enseñanzas Universitarias, establece un máximo 60 ECTS para las

prácticas curriculares de los grados y un rango entre 6 y 30 ECTS para los trabajos TFG. Resulta, no obstante, llamativo que la mayoría de las memorias elaboradas por las diferentes Facultades de Ciencias de la Salud, Facultades de Enfermería o Escuelas de Enfermería, muestran un gran predominio de programas que otorgan 6 ECTS al TFG y 84 ECTS a las prácticas tuteladas (ANECA, 2013).

Una comparación de los programas de estudios entre Diplomatura y Grado pone de manifiesto que el incremento temporal de un año académico, producido con el cambio de titulación, ha supuesto un importante aumento en el número de horas de prácticas tuteladas curriculares, así como una incorporación, en mayor o menor medida, de competencias transversales, manteniéndose prácticamente los contenidos en ciencias de la enfermería.

La Orden CIN/2134/2008, ya mencionada, define dichas prácticas en los siguientes términos:

“Prácticas profesionales, en forma de rotatorio clínico independiente y con una evaluación final de competencia, en los Centros de Salud, Hospitales y otros centros asistenciales que permitan incorporar los valores profesionales, competencias de comunicación asistencial, razonamiento clínico, gestión clínica y juicio crítico, integrando en la práctica profesional los conocimientos, habilidades y actitudes de la Enfermería, basados en principios y valores, asociados a las competencias descritas en los objetivos generales y en las materias que conforman el Título” (p.31683).

Esta definición parece situarnos en el Aprendizaje Experiencial. Sin embargo, el conjunto del programa de estudios parece seguir las pautas de la Racionalidad Técnica, ya que en primer lugar se abordan las ciencias básicas biológicas, psicosociales y los

fundamentos de la ciencia de enfermería, posteriormente las aplicaciones deductivas de esas ciencias con asignaturas propias de los cuidados de enfermería y por último las prácticas clínicas. Es decir, se sigue el esquema “teoría que precede a la práctica” asumiendo que el aprendizaje de las habilidades profesionales que requieren las enfermeras es posterior a la asimilación del conocimiento científico básico (Medina y Castillo, 2006).

Por otra parte, las prácticas académicas externas de los estudiantes universitarios están reguladas por el Real Decreto 1707/2011, del Ministerio de la Presidencia, de 18 de noviembre. En su articulado incluye aspectos relacionados con la naturaleza de las prácticas y su finalidad y con los convenios de cooperación educativa, además de aspectos relacionados con los actores implicados en todo este proceso: estudiantes, tutores académicos y tutores de la entidad colaboradora, y también aspectos relacionados con el proyecto formativo y la evaluación de las prácticas. Las prácticas que realizan los estudiantes de Grado en Enfermería son prácticas curriculares, es decir prácticas que se configuran como actividades académicas integrantes del plan de estudios, según esta normativa.

En este Real Decreto se detallan los derechos y deberes de estudiantes, tutores académicos y tutores de la entidad colaboradora. Con respecto a la evaluación del estudiante se establece que el responsable de la misma es el tutor académico, si bien los tutores de la entidad colaboradora emitirán un informe intermedio y otro final que remitirán al tutor académico. Así mismo, los estudiantes elaborarán un informe de seguimiento y una memoria final que entregarán al tutor académico.

Por todo lo expuesto hasta ahora, se hace evidente que la planificación de la formación práctica de los estudiantes de enfermería constituye un reto para las universidades y centros que oferten la titulación. Es imprescindible el establecimiento de convenios de colaboración entre los sistemas sanitario y educativo donde se especifiquen las responsabilidades y compromisos de ambas instituciones en la consecución de los objetivos a alcanzar.

1.2.1 El Prácticum en la Universidad de Burgos.

En el caso de Castilla y León, existe un convenio marco de colaboración entre la Gerencia Regional de Salud y las universidades públicas de Burgos, León, Salamanca y Valladolid en materia docente y de investigación en ciencias de la salud, firmado el 4 de septiembre de 2009, con una modificación posterior de la cláusula quinta, firmada el 9 de enero de 2013, y en el mismo sentido, un concierto específico de colaboración entre la Gerencia Regional de Salud y la Universidad de Burgos, firmado el 16 de junio de 2010, con posterior modificación de la cláusula quinta del concierto específico, firmada el 9 de enero de 2013. El 28 de abril de 2015 se firmó una nueva modificación al concierto específico de Burgos relativa a las cláusulas cuarta, quinta y octava.

El convenio marco establece el ámbito global de colaboración entre la Gerencia Regional de Salud y las universidades públicas de la comunidad, mientras que los convenios específicos determinan la colaboración docente, asistencial y de investigación entre la Gerencia Regional de Salud y cada una de las universidades.

En el contenido de dichos convenios se especifican los centros y servicios implicados por ambas partes, la capacidad docente de los centros asistenciales, la colaboración de

los profesionales sanitarios o colaboradores en formación práctica, la participación en la docencia, refiriéndose a las plazas vinculadas y profesores asociados y sus respectivas funciones. Se menciona también la comisión mixta, integrada por cinco representantes de cada una de las partes y encargada del seguimiento del convenio.

Las modificaciones posteriores a la cláusula quinta, de colaboración docente para la organización, desarrollo, evaluación, participación y coordinación de las prácticas, amplía cada uno de estos aspectos, incorporando fechas a respetar por cada una de las partes. Se especifica el reconocimiento de los colaboradores sanitarios en la formación práctica y se contempla la creación de un grupo técnico de apoyo para facilitar y agilizar la coordinación y el seguimiento institucional por parte de la comisión mixta. Al final se añade un anexo, el compromiso de confidencialidad que han de firmar los estudiantes.

En cuanto a la última modificación del concierto específico de Burgos, por una parte, se actualiza la nueva situación de la Facultad de Ciencias de la Salud, antes Escuela Adscrita, y los componentes de la comisión mixta, y, por otra parte, con respecto a los colaboradores asistenciales en las prácticas se suprime la palabra *voluntario* que figuraba en el convenio marco inicial.

Con respecto a las figuras implicadas en la formación práctica de los estudiantes, estos convenios de colaboración entre las Universidades y la Gerencia Regional de Salud solamente indican que los centros universitarios, en colaboración con cada una de las gerencias, elaborarán documentos desarrollando las labores docentes específicas que

haya de realizar el colaborador en la formación práctica de los estudiantes y que dichos documentos habrán de ser aprobados por la comisión mixta.

La Normativa de Prácticas Externas de la titulación, última versión aprobada el 31 de mayo de 2016, define, en su artículo 3, las figuras docentes y clínicas implicadas en el desarrollo de las prácticas externas: coordinador académico de prácticas, tutores académicos, tutores asociados sanitarios y colaboradores sanitarios. Esta normativa contempla también los derechos y deberes de los estudiantes en prácticas.

El coordinador académico de prácticas, elegido entre el personal docente del área de Enfermería, es el responsable de valorar las unidades de centros y servicios de prácticas, supervisar la calidad formativa de las prácticas externas, planificar y distribuir la relación de puestos de prácticas, participar en los programas de evaluación y coordinarse con todos los elementos implicados en las prácticas de los estudiantes.

Los tutores académicos elaboran el plan de formación práctica del estudiante, realizan el seguimiento efectivo de la formación práctica en coordinación con el tutor asociado clínico, autorizan las modificaciones que pudieran producirse sobre el proyecto formativo, acompañan al estudiante en la elaboración de su memoria y evalúan el portafolio individual integrando la evaluación realizada por el tutor asociado clínico en cada rotación y actúan como mediadores en situaciones de conflicto o incidencias surgidas.

El tutor asociado sanitario es la figura que más compromisos, deberes según esta normativa de prácticas, asume: acoge al estudiante y organiza sus actividades, le

informa del funcionamiento de la unidad y normativas de interés, forma al estudiante en medidas de protección individual y normas de seguridad y riesgos laborales, realiza el seguimiento de la actividad desarrollada por el estudiante, organiza las rotaciones de los alumnos en las unidades, supervisa las actividades realizadas, proporciona los medios materiales necesarios así como la información complementaria que el estudiante necesite, informa sobre el deber de guardar confidencialidad, comprueba que el estudiante utiliza los sistemas de identificación personal, presta ayuda y asistencia al estudiante cuando lo precise, se coordina con el tutor académico informando de cualquier incidencia, elabora informes evaluativos que habrán de ser ratificados por el tutor académico, y finalmente estimula la aportación de propuestas de innovación por el estudiante.

Por último, con respecto a los colaboradores sanitarios se especifican como deberes: guiar al estudiante en su formación práctica, ayudarle a conocer y manejar los protocolos de la unidad, mantener comunicación con los tutores asociados sanitarios y facilitar al tutor académico el acceso a la unidad de destino. También se especifica que estos colaboradores deben conocer la guía de prácticas del alumno.

De todas las figuras anteriormente descritas la del colaborador sanitario nos parece de especial relevancia, ya que son los profesionales que acompañan al estudiante durante todas sus horas prácticas, quienes se convierten en “modelo” para el estudiante y quienes asumen la responsabilidad de decidir si el estudiante está capacitado o no para realizar una intervención con el paciente o la familia. Son, en realidad, quienes mejor pueden comprobar el progreso del estudiante, sus actitudes y su adquisición o no de competencias.

En cuanto a la duración del Prácticum para la obtención del título de Grado por la Universidad de Burgos, los estudiantes han de superar 84 ECTS. Las figuras 1 y 2 muestran la distribución por cursos de los créditos teóricos y prácticos, así como la relación porcentual de presencialidad, ya que para el crédito teórico son 9 horas y para las prácticas 23 horas por crédito.

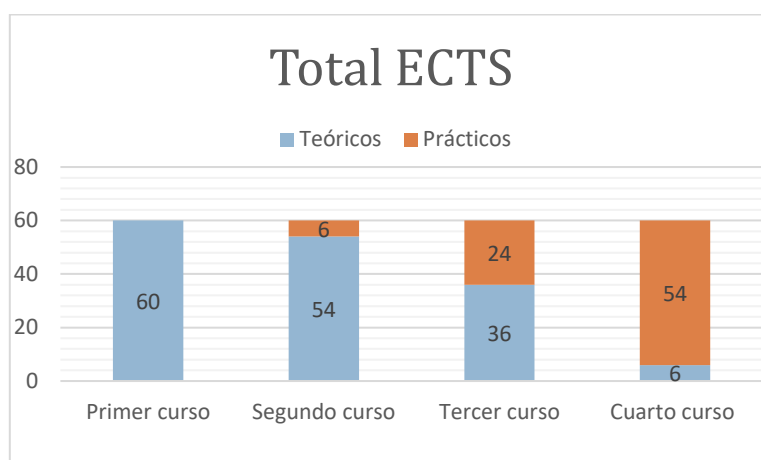


Figura 1. Distribución de ECTS teóricos y prácticos en los cuatro cursos

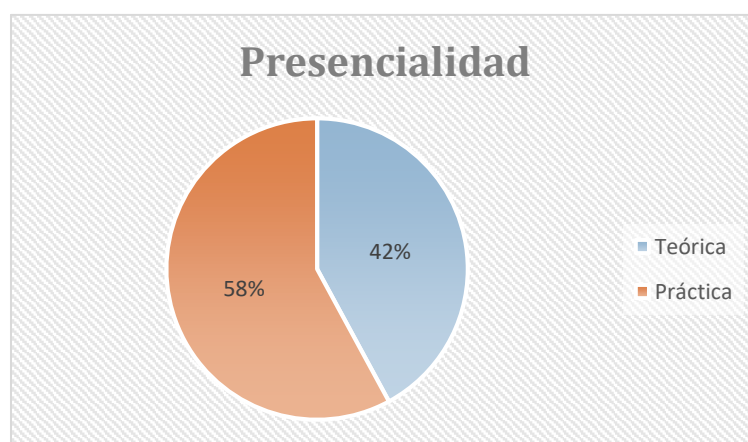


Figura 2. Relación porcentual de presencialidad entre módulos teóricos y prácticos

En las tres tablas siguientes se muestra cómo se relaciona la formación teórica con las prácticas clínicas y los itinerarios formativos.

Tabla 1

Asignaturas de prácticas curriculares de Grado en Enfermería

Asignatura	Temporalidad	ECTS	Requisitos de acceso
Prácticas Externas I	Segundo curso, segundo semestre	6	Ninguno
Prácticas Externas II	Tercer curso, primer semestre	12	Prácticas Externas I
Prácticas Externas III	Tercer curso, segundo semestre	12	Prácticas Externas I
Prácticas Externas IV	Cuarto curso, primer semestre	30	Prácticas Externas III
Prácticas Externas V	Cuarto curso, segundo semestre	24	Prácticas Externas III

Fuente: Normativa de Prácticas Externas de Grado en Enfermería UBU

Hasta la fecha, esta distribución se ha mantenido a pesar de haber sido modificada la Memoria del Título en dos ocasiones desde su verificación. Cada una de las asignaturas prácticas contiene una o varias rotaciones, distribuidas en unidades que faciliten el aprendizaje progresivo del estudiante.

Tabla 2

Número de rotaciones por asignatura de prácticas

Asignatura	N.º rotaciones	Servicios
Prácticas E. I	Una	U. Médicas y Quirúrgicas de Centros Hospitalarios
Prácticas E. II	Dos	U. Médicas, Quirúrgicas y Mujer / Niño
Prácticas E. III	Dos	U. Médicas, Quirúrgicas y Mujer / Niño
Prácticas E. IV	Tres	Centros de Salud/Cuidados Intensivos/Urgencias
Prácticas E. V	Tres	U. Médicas, Quirúrgicas y Mujer / Niño (1) Quirófano/S. Mental/Geriátricos/ S. Especiales (2)

Fuente: Elaboración propia a partir de las guías de prácticas de Grado en Enfermería UBU

Cada una de las asignaturas cuenta con una guía de prácticas (Anexo C). En cada guía, además de las normas generales, se especifican las competencias y los resultados de aprendizaje a alcanzar por el estudiante y se incluyen las actividades e intervenciones

que podrán realizar. En la última parte de la guía se explica el procedimiento de evaluación.

Tabla 3

Total de rotaciones comprendidas en el plan de estudios

Comunes a todos los estudiantes	Optativas (dos de cuatro)
Unidades Médicas	Quirófano
Unidades Quirúrgicas	Salud mental
Unidades de la Mujer / Niño	Centros Geriátricos / Paliativos
Centros de Salud	Unidades Especiales (Diálisis, Hospital de Día)
Urgencias Hospitalarias	
Unidades de Cuidados Intensivos	

Fuente: Elaboración propia a partir de la Guía de Prácticas de Grado en Enfermería UBU

Las prácticas constituyen, por tanto, un rotatorio clínico independiente con una evaluación final de competencias por rotación y asignatura. El aprendizaje práctico va a permitir al alumno incorporar los valores profesionales, competencias de comunicación asistencial, razonamiento clínico, gestión clínica y juicio crítico, integrando en la práctica profesional los conocimientos, habilidades y actitudes de la Enfermería, basados en principios y valores, asociados a las competencias descritas en los objetivos generales y en las materias que conforman el Título.

La adquisición de habilidades clínicas es un factor fundamental y determinante en la educación de profesionales enfermeros. Según la propia guía de prácticas, el incremento de los casos agudos entre las personas hospitalizadas, las nuevas tecnologías y la creciente demanda por parte de los usuarios de los servicios de salud, requiere un profesional capacitado en teoría y práctica, que pueda dar respuesta y enfrentarse, con todas las garantías de éxito, a las situaciones de salud y enfermedad que la población requiera.

1.3 La relación entre estudiantes y profesionales asistenciales

De las cuatro figuras docentes relacionadas con las prácticas externas expuestas anteriormente: coordinador académico de prácticas, tutores académicos, tutores asociados sanitarios y colaboradores sanitarios, es precisamente con estos últimos con quienes los alumnos pasan la casi totalidad de las horas prácticas. Sin embargo, la participación de los mismos en la determinación de objetivos y mecanismos de evaluación se escapa a su responsabilidad.

Los colaboradores clínicos son profesionales de enfermería de los distintos servicios, tanto hospitalarios como comunitarios, que asisten directamente a los alumnos durante las actividades que se desarrollan en el centro de prácticas. Según la Normativa de Prácticas Externas/Prácticum 2016/17 (p.8), sus derechos, deberes y funciones son:

- ✓ “Guiar en la formación práctica a los estudiantes, ayudándoles a alcanzar los objetivos de aprendizaje.
- ✓ Ayudar al estudiante a conocer y manejar los protocolos y procedimientos de la unidad.
- ✓ Mantener una comunicación permanente con los Profesores Asociados Sanitarios.
- ✓ Facilitar al tutor académico de la Facultad de Ciencias de la Salud el acceso a la unidad de destino para el cumplimiento de los fines propios de su función”

Por tanto, se deduce que la coordinación y comunicación entre todas las figuras docentes implicadas va a ser fundamental para que los colaboradores reciban la información que precisan y puedan realmente contribuir a la formación de los futuros enfermeros.

En un intento de profundizar en la relación que se establece entre los estudiantes y los colaboradores clínicos, veamos, en primer lugar, la cuantificación horaria que suponen las prácticas para el estudiante. Hemos visto que el total de créditos prácticos es de 84 y que la presencialidad del crédito práctico es de 23 horas, por tanto, a lo largo de la titulación cada estudiante habrá realizado un total de 1932 horas, o lo que es lo mismo, 276 días con una dedicación de 7 horas/día.

Si comparamos esta cifra con las horas de presencialidad para las asignaturas teóricas obtenemos 1350 horas, resultado de multiplicar 150 créditos por 9 horas de presencialidad cada uno, o lo que es lo mismo, 193 días con una dedicación de 7 horas/día.

Esto nos da una idea de la influencia que puede tener la implicación del colaborador clínico en la formación del estudiante. Pero hay otro factor todavía más llamativo, durante la formación teórica el estudiante comparte el aula con todos sus compañeros de curso o de grupo, mientras que durante su aprendizaje práctico la relación estudiante-colaborador clínico es 1:1. Debido a la propia organización de los centros asistenciales, el estudiante no está con el mismo profesional durante su rotación por una unidad determinada, circunstancia que solo se produce en los centros de salud, donde las enfermeras tienen una población adscrita y atienden su propia consulta y en este caso, el estudiante se convierte en el compañero de la enfermera durante toda su rotación y la acompaña en consulta y en atención domiciliaria. Sin embargo, en los centros hospitalarios no puede seguirse este esquema ya que las enfermeras tienen sus propios turnos rotatorios que incluyen mañana, tarde y noche, mientras que los estudiantes solo realizan turnos de mañana y tarde.

Estos datos nos parecen importantes no solo por lo que respecta al proceso enseñanza-aprendizaje, sino también a niveles de planificación y oferta de prácticas por parte de las instituciones sanitarias. Para tener a 180 alumnos realizando prácticas simultáneamente, es decir 60 por curso de prácticas, significa que se precisan 180 profesionales asistenciales implicados diariamente.

La preocupación por la planificación de las prácticas curriculares de estudiantes de enfermería ha sido constante en las diferentes titulaciones por las que ha atravesado la profesión, sin embargo, esta preocupación se ha hecho más visible en los últimos años coincidiendo con el desarrollo de la misma. Sirva como ejemplo la tesis doctoral de Argüello (2017) titulada *Desarrollo del perfil de competencias del tutor de las prácticas clínicas de Enfermería*, en la que la autora a través de paneles de expertos formados por tutores, alumnos y profesores define las competencias que deben mostrar los tutores, poniendo de relevancia aspectos centrales como la acogida, la evaluación continua y las habilidades de comunicación, como parte sustancial del proceso de tutorización.

Aportaciones importantes al tema las encontramos en las tesis: *Estudiantes de enfermería y profesionales de enfermería: factores de riesgo y factores de protección para garantizar el bienestar psicológico y su calidad de vida laboral*, de Bonasa (2016); *Los tutores como agentes de formación en las prácticas de Grado de Enfermería*, de Rojo (2016) y *Validación y resultados de un cuestionario para medir la implicación de las enfermeras clínicas en la formación de los estudiantes de Grado en Enfermería*, de Cervera (2016), algunas de las cuales mencionaremos más adelante.

1.4 La variabilidad en la práctica clínica

El mundo asistencial sanitario es el escenario donde los estudiantes de enfermería llevan a cabo su formación práctica: hospitales, centros de salud, unidades de apoyo específicas, centros geriátricos y otros. Estos centros constituyen estructuras organizativas más o menos complejas en función de su tamaño, donde el estudiante de Grado se incorpora bajo la tutela de profesionales enfermeros que se convierten en referente y modelo para el estudiante; son ellos los que les demuestran con su desempeño diario cómo se ejecuta y se lleva a la práctica todo lo que, supuestamente, han aprendido durante su formación teórica. Son ellos los que resuelven sus dudas, los que deciden cuando el estudiante está preparado para realizar una entrevista de salud, ejecutar una técnica, un procedimiento diagnóstico o terapéutico o dar consejo a la familia, entre otras intervenciones.

En otro orden de cosas, la práctica asistencial implica para el profesional sanitario la toma de decisiones y la realización de prácticas que, por diferentes razones, no están exentas de variabilidad, es decir, diferente forma de actuar ante situaciones similares. La preocupación y los estudios en profundidad sobre las variaciones en la práctica médica asistencial se iniciaron en la década de los ochenta. Marion, Peiró, Márquez y Meneu (1998) han definido diferentes factores asociados a la variabilidad en la práctica médica, aunque sin cuantificar el peso de cada uno de ellos. En un grupo incluyen los factores asociados a la inexactitud de los datos o de su tratamiento, como errores u omisiones en las bases de datos, problemas de codificación, problemas al determinar los denominadores o variables aleatorias entre otros. En un segundo grupo incluyen factores relacionados con las demandas de la población, entre ellos diferencias en

morbilidad, factores demográficos, características sociodemográficas, expectativas de los pacientes e incluso costumbres prevalentes. Finalmente, en un tercer grupo incluyen los factores relacionados con la oferta de servicios, que se presentan esquemáticamente en la siguiente tabla.

Tabla 4

Factores de la variabilidad relacionados con la oferta de servicios

Factores del sistema sanitario	Factores del proveedor directo
Oferta de recursos	Incertidumbre
Sistema de financiación y pago	Ignorancia
Organización de los servicios	
Cobertura y accesibilidad	

Fuente: Elaboración propia a partir de Marion et al. (1998)

Centrándonos en los factores relacionados con el proveedor directo, hay estudios que relacionan la variabilidad en la práctica médica con las propias características de los profesionales, así se ha comprobado que las médicas tienden a dedicar más tiempo por enfermo y seguirlos de forma más continuada y que los médicos jóvenes tienden a pedir más pruebas diagnósticas, y también con las características de formación, detectándose, por ejemplo, que los especialistas realizan más pruebas. Sin embargo, es la Hipótesis de la Incertidumbre la que cobra más fuerza con respecto a esta variabilidad, es decir, básicamente el origen sobre las diferencias en la práctica clínica se relacionaría con las diferencias de opinión que se generan entre los profesionales ante la falta de evidencia científica sobre un procedimiento concreto, o la ignorancia del profesional sobre la existencia de dicha evidencia.

Se ha observado una variabilidad poblacional, es decir variaciones sistemáticas en la incidencia acumulada de un determinado procedimiento, como puede ser, el porcentaje

de cesáreas realizadas en poblaciones similares, y una variabilidad individual cuando en pacientes con situaciones clínicas similares se observaban diferencias en la atención prestada, por ejemplo, petición de pruebas diagnósticas o derivación a especialistas. Por otro lado, existiría una variabilidad justificada o inevitable debida al propio sistema de salud, a las características de la población, a las preferencias del paciente o del profesional cuando ambas opciones son aceptadas científicamente y una variabilidad injustificada, aquella que aparece una vez controlados los factores anteriores, no aporta beneficios, es perjudicial e implica una asistencia de mala calidad (Fernández-de-Maya y Richard-Martínez, 2010, 2012)

Ante esta situación, las propuestas que se han hecho para disminuir la variabilidad individual injustificada en la práctica médica se orientan hacia la mejora del conocimiento de los resultados de un procedimiento concreto sobre un grupo de pacientes específico, es decir, la búsqueda de la evidencia científica, lo que redundaría en la reducción de costes y la mejora de la efectividad y calidad de la atención médica. Esa búsqueda de la evidencia ha dado lugar a lo que en el mundo sanitario se conoce por Medicina Basada en la Evidencia (MBE), Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) y Práctica Basada en la Evidencia (PBE), así como al desarrollo en implementación generalizado de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en todos los ámbitos del ejercicio profesional.

Berenguer, Esteve y Verdager (2004) en un artículo editorial para la revista Calidad Asistencial proponen una disminución de la variabilidad en la práctica asistencial como objetivo común de las organizaciones sanitarias y reconocen que, para ello, es imprescindible un cambio cultural profundo y una implicación de todos los

profesionales de la institución incluyendo a los líderes y mandos intermedios. En su reflexión analizan las diferentes herramientas de trabajo para disminuir la variabilidad en la práctica asistencial, que en ocasiones han generado confusión terminológica y conceptual. Cabe mencionar entre estas herramientas las Guías de Práctica Clínica, los Protocolos Clínicos (PC), las Trayectorias Clínicas, los Mapas de Cuidados, las Vías de Atención Integrada, las Vías de Atención Multidisciplinaria y las Vías de Atención o Gestión de Casos Clínicos.

Los Protocolos Clínicos surgieron en la década de los ochenta como un conjunto de actividades estandarizadas a realizar ante un problema concreto, acordadas por un grupo de profesionales. En cambio, las Guías de Práctica Clínica fueron definidas por el Institute of Medicine de los Estados Unidos como “el conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y pacientes en la toma de decisiones para una atención sanitaria apropiada en unas circunstancias clínicas concretas”. La elaboración de una GPC exige el seguimiento de un proceso sistemático y estructurado con una serie de etapas: selección del tema, formulación de la pregunta clínica, búsqueda bibliográfica, evaluación de la evidencia y clasificación del nivel de evidencia, formulación de recomendaciones, revisión externa y recomendaciones finales, siendo la evaluación y síntesis de la evidencia el núcleo de cualquier guía y lo que la distingue de otras herramientas (Etxeberría y Rotaache, 2006).

Sin embargo, la práctica basada en la evidencia ha de vincularse con la gestión de la calidad total, ya que la disminución en la variabilidad de la práctica no garantiza por sí sola que esta se encuentre dentro de un rango de prácticas en el que se maximicen

la efectividad, la eficiencia y las preferencias del paciente, por lo que ambos movimientos deben ir acompañados para que mediante ambas aportaciones se consiga una óptima gestión de los recursos y una efectividad clínica acorde con los avances científicos (Lorenzo, Mira y Sánchez, 2000).

Con respecto a la variabilidad en la práctica asistencial de las enfermeras existen pocos estudios publicados. Resulta de interés la investigación realizada por Ferrús, Honrado y Pintado (2001) y financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) en el que se determinó la variabilidad de los cuidados de enfermería en pacientes hospitalizados en función del día de estancia para cada grupo relacionado con el diagnóstico (GRD)⁴. Aunque el enfoque del estudio se centra en la gestión de los recursos de enfermería, las recomendaciones finales apuntan a la necesidad de incorporación de trayectorias clínicas que reduzcan la variabilidad y permitan una mejor planificación de recursos.

La preocupación por la variabilidad es algo presente entre profesionales y gestores y tema recurrente en múltiples foros profesionales. Disminuir la variabilidad no solo en las actividades que se realizan sino también en la calidad de los cuidados que se prestan es responsabilidad compartida entre los profesionales y la administración sanitaria, ya que las diferencias en los servicios que recibe la población pueden llevar a la inequidad entre ciudadanos (Del Castillo, 2012).

⁴ Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico, son un sistema de clasificación de pacientes por sistema de ajustes de riesgos con base en el isoconsumo de recursos. Sirven para conocer la casuística de un hospital, el case mix hospitalario. Son muy útiles en la gestión y financiación de hospitales.

Fernández-de-Maya y Richard-Martínez (2012) realizaron una revisión bibliográfica en las principales bases de datos internacionales, incluyendo publicaciones entre 2000 y 2010, y agruparon los resultados en cinco tipos de estudios: estudios sobre variaciones respecto a las guías y protocolos, estudios que analizan la práctica enfermera y de otros profesionales sanitarios, variaciones en procedimientos y cuidados de enfermería, variaciones en la práctica entre enfermeras y médicos y estudios que relacionan la variabilidad con características profesionales, unidades o centros. Concluyen que la mayoría de los trabajos encontrados se limitan a demostrar la existencia de variabilidad, pero pocos han buscado variables que la predigan. Interesa resaltar que ninguno de los artículos incluidos en dicha revisión ha sido realizado en nuestro entorno.

La variabilidad que nos ocupa en este estudio es la variabilidad individual de las enfermeras en el ejercicio de su profesión, sin excluir su actividad docente con respecto a los estudiantes de Grado. Sin embargo, a pesar de su presencia y motivo de estudio y preocupación en el mundo asistencial, apenas se menciona en el ámbito académico, de forma que, para los estudiantes va a ser algo novedoso, ya que ellos esperan poder llevar a cabo lo que han aprendido en las aulas y salas de demostración tal y como han sido instruidos.

1.5 El Proceso de Atención de Enfermería.

Alfaro-LeFevre (2007) define el Proceso de Atención de Enfermería como “un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de los resultados esperados” (p.4). Consideramos de sumo interés introducir estos contenidos

por la implicación o repercusión que el uso de dicho proceso, por parte de los profesionales asistenciales, pudiera tener en la variabilidad de la práctica.

El uso del Proceso de Atención de Enfermería, o Proceso Enfermero, se inició en la década de los sesenta en Estados Unidos (Yura y Wals, 1967) y desde entonces no ha dejado de generalizarse internacionalmente. En España no se introdujo hasta la década de los setenta con la implantación de la Diplomatura, en cuyos planes de estudio se incluyó en la asignatura Enfermería Fundamental, impartida en primer curso. Simultáneamente en la práctica asistencial este tema formó parte del contenido en muchos cursos de formación continuada entre profesionales asistenciales. El uso del proceso enfermero ayuda a la práctica reflexiva.

En los actuales estudios de Grado los estudiantes reciben la formación teórica sobre el Proceso de Atención de Enfermería generalmente durante el primer curso de su programa de estudios y, supuestamente, se va reforzando en las diferentes asignaturas a lo largo de los cuatro años de formación. Además, la aplicación del Proceso Enfermero figura como una de las competencias que el estudiante de Grado debe adquirir, dentro del módulo de ciencias de la enfermería.

El Proceso Enfermero es considerado el método de intervención más eficaz para la satisfacción de los propósitos de la asistencia sanitaria a través de la práctica enfermera. Es un proceso sistemático, dinámico, humanístico y centrado en resultados. El uso de este método comporta beneficios tanto para los pacientes como para las propias enfermeras. Para el paciente garantiza una atención individualizada y al mismo tiempo la continuidad de cuidados (cambio de turnos, altas hospitalarias). Para el

profesional le ayuda a reducir la incertidumbre y ansiedad, le aporta seguridad y confianza y le ayuda a organizar los recursos, incluido el tiempo. Además, facilita el trabajo en equipo, entre otros.

Es un instrumento que ayuda a las enfermeras a pensar críticamente. Los estándares de la American Nurses Association (ANA) destacan dos aspectos: a) el proceso enfermero sirve como modelo de pensamiento crítico que promueve un nivel competente de cuidados y b) los principios del proceso enfermero proporcionan bases para la toma de decisiones y apuntalan virtualmente todos los modelos de cuidados (Alfaro-Lefevre, 2009). En ocasiones los términos pensamiento crítico, proceso enfermero y juicio clínico se han utilizado como sinónimos.

Las etapas del proceso enfermero actualmente son cinco: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Supone una sistemática que se aplica de manera continua en la relación con los pacientes, si bien conviene diferenciar la valoración y planificación inicial que se realiza en el primer encuentro con el paciente, es decir, al ingreso hospitalario o primera cita en el centro de salud, donde se lleva a cabo de una forma más exhaustiva, de las valoraciones y planificaciones focalizadas en un momento o situación concreta.

El Proceso de Atención de Enfermería guarda una estrecha relación con lo que en psicología cognitiva se denomina Método de Resolución de Problemas, referido al proceso mental que las personas ponen en marcha para descubrir, analizar y resolver problemas. Según Bados y García (2014), el proceso de resolución de problemas consta de dos componentes, la orientación o actitud hacia los problemas y las

habilidades básicas de resolución de problemas. Las habilidades básicas las agrupan en cuatro fases: definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisiones, aplicación de la solución y comprobación de su utilidad. En la tabla 5 se muestra la relación entre ambos procesos.

Tabla 5

Relación entre Proceso Enfermería y Método Resolución Problemas

Proceso de enfermería	Método resolución de problemas
Valoración y Diagnóstico	Definición y formulación del problema
Planificación	Generación de soluciones y toma de decisión
Ejecución y Evaluación	Aplicación de la resolución y comprobación de utilidad

Fuente: Elaboración propia a partir de Alfaro-Lefevre (2007) y Bados y García (2014)

Merece la pena realizar una somera descripción de cada una de las etapas del proceso de atención de enfermería (Doegens y Moorhouse, 2013; Wilkinson y Ahern, 2009) por cuanto facilita su comprensión y su aplicabilidad en la labor asistencial de los profesionales enfermeros.

La valoración es la primera etapa y en ella se procede a la recogida y organización de datos y examen de la información sobre el estado de salud. Se buscan evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que puedan generar problemas de salud. También se buscan evidencias de los recursos o capacidades que tiene el paciente para enfrentarse a su situación. Para realizar una valoración adecuada el profesional utiliza herramientas como la observación, la entrevista y la exploración física.

Una vez recogidos los datos se procede al análisis de los mismos para identificar los problemas reales o potenciales que pudiera haber; esta sería la fase de diagnóstico o identificación de problemas.

En la etapa de planificación se priorizan los problemas detectados, determinando, sobre todo, las prioridades inmediatas, se marcan objetivos y se deciden y pautan las intervenciones a seguir. El plan debe quedar registrado.

La etapa en la que se ponen en práctica de todas las intervenciones planificadas para alcanzar los objetivos previstos es la ejecución. Si bien, antes de llevar a cabo cualquier actividad planificada se precisa una valoración previa o comprobación de que las circunstancias no han cambiado y dicha intervención pueda ser contraproducente. Toda intervención debe quedar registrada.

En la etapa final, la evaluación, se comprueba la respuesta del paciente a la acción planificada. Si la respuesta es la deseada indicará que la planificación ha sido correcta. En función de los resultados, el plan se continúa o se modifica. En la figura 3 se presenta un esquema de las etapas del proceso de enfermería.

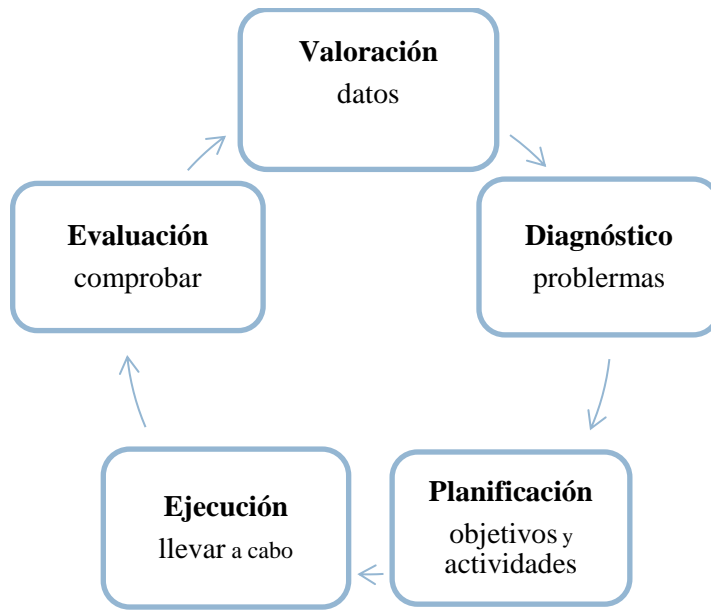


Figura 3. Proceso de Atención de Enfermería. Relación entre etapas.

Los estudiantes son formados en esta metodología de manera exhaustiva durante la formación teórica, tanto en el propio proceso como en las herramientas que precisan para llevarlo a cabo. Así, para realizar una buena valoración y poder recabar datos, son formados en observación, entrevista y exploración; para identificar los problemas aprenden el uso de las taxonomías enfermeras; para planificar aprenden técnicas de priorización, la formulación de objetivos y la determinación de intervenciones.

Por otra parte, en el ámbito asistencial se han desarrollado, con mayor o menor éxito, herramientas informáticas que faciliten a los profesionales el trabajo con esta metodología. Concretamente en el Hospital Universitario de Burgos -HUBU- se utiliza el programa GACELA, mientras que en los Centros de Salud todavía se está trabajando en el diseño de la herramienta adecuada.

CAPÍTULO 2: MARCO EMPÍRICO

2.1 Diseño

El diseño de esta investigación de carácter cualitativo se enmarca en el paradigma interpretativo-constructivista y en el método fenomenológico hermenéutico, orientada por voces autorizadas, ya considerados clásicos, como Taylor y Bogdan (1984) y Van Manen (2003).

El ámbito de estudio ha sido la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Burgos y Centros sanitarios donde los estudiantes de Grado en Enfermería realizan sus prácticas clínicas.

La presente investigación se ha realizado en un marco temporal que afecta al ámbito de estudio con un cambio estructural, la desadscripción de la Escuela de Enfermería y la creación de la Facultad de Ciencias de la Salud, proceso que tuvo lugar en septiembre de 2014. Este hecho ha supuesto que el alumnado que ha participado en el estudio ha avanzado en su formación bajo dos dependencias administrativas: escuela adscrita y facultad, de forma que los estudiantes de segundo curso habían realizado los dos cursos en la facultad, mientras que los de cuarto habían realizado los dos primeros en la escuela adscrita y los dos últimos en la facultad. Nos sería difícil conocer si esta eventualidad puede tener alguna repercusión, dadas las modificaciones al plan de estudios realizado por la universidad con la creación de la Facultad. No obstante, con respecto a las prácticas clínicas, ha habido total continuidad en cuanto a las guías de

prácticas, aunque sí se han producido cambios en los actores implicados en la formación práctica.

2.1.1 Flexibilidad, circularidad y reflexividad.

Flexibilidad, circularidad y reflexividad constituyen principios generales del diseño de la investigación cualitativa que es preciso tener en cuenta (Calderón, 2002; González-Gil, 2009; Mauthner y Doucet, 2003; Meneses, 2008; Mruck y Breuer, 2003; Ruiz-Olabuénaga, 2012; Sánchez, 2003).

Al referirnos a la flexibilidad hacemos alusión al carácter flexible, abierto y cambiante del diseño metodológico, mientras que la circularidad se refiere a la posibilidad de que cada fase pueda modificar la anterior o la siguiente durante el desarrollo del estudio. En este sentido Taylor y Bogdan (1984) señalan: “Los investigadores cualitativos son flexibles en cuanto al modo en que intentan conducir sus estudios. Se siguen lineamientos orientadores, pero no reglas. Los métodos sirven al investigador; nunca es el investigador el esclavo de un procedimiento o técnica” (p.23).

Por reflexividad entendemos el proceso reflexivo que impregna todos los niveles del estudio y está presente en todas sus fases, un proceso en el cual el investigador examina críticamente el efecto que tiene sobre el estudio y su conexión con la situación de la investigación. Esta reflexión sobre lo que va sucediendo permite realizar cambios, ajustes, considerar lo inesperado y controlar el proceso de investigación (De la Cuesta, 2011).

Durante la elaboración de esta investigación hemos intentado ser reflexivos en todas las etapas del proceso, desde la pregunta al análisis de datos pasando por el trabajo de campo y conclusiones; y también en todos los niveles, desde la orientación teórica hasta las reacciones de los participantes. La reflexividad ha sido la herramienta que nos ha permitido analizar la influencia de la subjetividad e intersubjetividad en el proceso de la investigación, realizando un esfuerzo continuo por suspender o apartar las propias creencias, perspectivas y predisposiciones, intentando ver las cosas como si estuvieran ocurriendo o se estuvieran oyendo por primera vez, evitando así todo tipo de prejuicios o estereotipos que invalidarían la investigación por carecer de rigor científico.

2.1.2 Diseño proyectado, emergente y final.

En coherencia con los principios antes descritos, su aplicación ha aportado unas características propias al diseño. Los conceptos de diseño proyectado y diseño emergente aparecen hoy en día en numerosos textos sobre metodología cualitativa (Valles, 1999). El diseño no ha sido estático e inamovible desde su inicio, sino que ha existido un diseño proyectado, el diseño inicial, un diseño emergente, el que ha surgido según se han ido contestando preguntas o recogiendo información, y un diseño final, el que ha resultado al final de la investigación. El propio carácter circular ha hecho que todas las etapas estén interrelacionadas entre sí y abiertas a lo emergente, lo que nos ha permitido admitir esa realidad múltiple y subjetiva de la que hablamos, así como los constructos mentales de las personas entrevistadas y los grupos.

En el diseño inicial se contempló la formulación del problema y selección del contexto, los objetivos de investigación, el marco temporal, la forma de acceso al campo, los

aspectos éticos, la detección de sesgos e ideología de la investigadora sobre el tema y el tipo de análisis de datos a realizar.

Durante el estudio, el diseño emergente ha supuesto reajustes en el cronograma de las tareas, se han mantenido los objetivos, pero se ha modificado su redacción y prioridad, se han ido incorporando participantes, o fuentes de datos, según se ha ido avanzado en el análisis y se han obtenido los primeros resultados de los grupos de discusión o se ha revisado nueva literatura científica. Así, la inclusión del análisis textual de los diarios reflexivos y la entrevista a un estudiante de especialidad han sido posteriores al diseño inicial.

Con respecto al diseño final solo indicaremos que ha sido difícil encontrar el momento de “abandonar el campo” debido a lo tentador que era ampliar las entrevistas y/o grupos con profesionales implicados en el proceso de aprendizaje de los alumnos, aspecto que completaría este estudio y que, sin duda, podría orientar a mejores indicaciones para la práctica.

2.2 Participantes

En la investigación cualitativa se busca identificar individuos, sucesos o entornos clave que proporcionen una rica fuente de información. El muestreo no se realiza de forma probabilística, ni se pretende una muestra con representatividad estadística, sino discursiva. La elección de unidades de observación, sean personas, grupos, instituciones, documentos u otros, es de extrema importancia de cara a la credibilidad de los resultados y transferibilidad de los mismos. Las unidades de observación deben

ser elegidas por sus posibilidades de ofrecer información profunda y detallada sobre el asunto de interés para la investigación (Martínez-Salgado, 2012).

Sanmamed y Calderón (2008) consideran que el diseño muestral es válido cuando se tiene en cuenta tanto la pertinencia (adecuación) de la muestra, como la suficiencia (tamaño). La pertinencia o conveniencia de la muestra hace referencia a la calidad de la información, por lo que el investigador debe seleccionar aquellos contextos y/o participantes que mejor puedan explicar el fenómeno de estudio en su diversidad. La muestra será suficiente cuando la calidad y cantidad de la información obtenida sea adecuada en función de los objetivos del estudio, es decir, el concepto de “tamaño muestral” se refiere a cantidad de información en vez de a número de informantes o unidades de muestreo. Incluso existe un amplio consenso en que la suficiencia de la muestra se alcanza cuando la información ha alcanzado la saturación, esto es, cuando la información se repite, es redundante y no aporta aspectos nuevos (Glaser y Strauss, 1967).

Encontramos en la literatura diversos términos y clasificaciones con respecto a las técnicas de muestreo en ciencias sociales. Hemos señalado que en los diseños cualitativos buscamos participantes con posibilidades de ofrecer información profunda y detallada sobre el tema de investigación, ya que las preguntas de investigación que se plantean giran en torno al significado que determinados hechos o circunstancias tienen para los sujetos que las protagonizan. Es decir, la lógica que orienta el muestreo y lo que determina su potencia es lograr que los participantes proporcionen la mayor riqueza de información posible para poder estudiar en profundidad un tema de

investigación y, por lo tanto, ha de ser un “muestreo” selectivo o intencional, también llamado opinático y propositivo.

La clasificación de Teddli y Yu (2007) sobre las alternativas disponibles para el muestreo intencional, según los objetivos que se pretenden, define cuatro estrategias de muestreo: a) muestreo para conseguir representatividad o comparabilidad, b) muestreo especial o de casos únicos, c) muestreo secuencial y d) muestreo por combinación de diversas modalidades. Para cada estrategia proponen diferentes diseños. En la investigación que nos ocupa estaríamos en el primer grupo, muestreo para conseguir representatividad y cierta comparabilidad, ya que pretendemos indagar los discursos de estudiantes de segundo curso, tras la realización de sus primeras prácticas, y de cuarto curso, en sus últimas prácticas, con la pretensión de observar variaciones en sus vivencias fruto de la evolución en el paso del tiempo y la adquisición de mayor experiencia.

Por otra parte, preferimos utilizar el término *participantes* en lugar de *muestra*, término utilizado en la investigación cuantitativa y que connota un cierto vínculo al muestreo probabilístico, de aleatoriedad y evitación de sesgos. Utilizaremos, pues, el término *participantes* que nos parece se ajusta más a las características de selección de unidades de observación en el ámbito cualitativo. Otro aspecto que nos parece importante con respecto a los participantes es su aceptación a participar, su deseo de compartir sus vivencias. La aceptación de los informantes es un elemento conceptualmente imprescindible y éticamente intrínseco en este tipo de investigación (Martínez-Salgado, 2012).

En nuestro trabajo el número de participantes no se fijó a priori. Se partía inicialmente de dos grupos de discusión, uno de cada curso investigado, con la perspectiva de ampliar con entrevistas individuales o incluso obtención de datos de fuentes documentales, hecho que a lo largo de la investigación se ha producido. Por tanto, hay que señalar, que la búsqueda de participantes ha sido intencionada y razonada, buscando representatividad de discurso y acumulativa y secuencial, hasta alcanzar la saturación, así como flexible y reflexiva.

En realidad, en el transcurso de la investigación hemos tomado decisiones de muestreo en tres momentos: a) mientras se recogían los datos, al elegir participantes b) mientras se interpretaban los datos, seleccionando material entre todo lo obtenido y c) en la presentación de los hallazgos, muestreando para la presentación (Flick, 2007).

2.3 Obtención de los datos

2.3.1 Grupos de discusión.

Se llevaron a cabo dos grupos de discusión, uno con estudiantes de cuarto curso durante el periodo de Prácticas Externas V, es decir, en el último semestre de la carrera, y otro con alumnos de segundo curso, recién terminadas las Prácticas Externas I, esto es, recién concluido su primer módulo práctico.

La captación de ambos grupos se realizó a partir de la visita que realizamos a las aulas, previa solicitud a la secretaria académica y al profesor responsable de la asignatura en el momento de la visita. En este encuentro se explicó la intención de llevar a cabo una investigación centrada en las vivencias del alumnado durante la realización de sus

prácticas clínicas. Se mantuvo en secreto el tema central de la investigación, la variabilidad en la práctica clínica, para comprobar si el tema surge de manera espontánea en el transcurso del grupo de discusión.

En la visita al grupo de cuarto se les dejó un correo electrónico para que las personas interesadas contactaran con nosotros. Sin embargo, con el segundo grupo, además de esta opción, los estudiantes interesados pudieron manifestarlo en ese mismo momento facilitándonos sus correos de contacto. Esta inmediatez de respuesta mejoró la participación con respecto al primer grupo.

El lugar donde se llevaron a cabo ambos grupos fue la sala de juntas del Centro de Salud donde trabaja la investigadora, tras obtener el correspondiente permiso del coordinador del centro. Para el desarrollo se buscó un horario compatible con la actividad académica de los estudiantes y laboral de la investigadora, de forma que no se produjeran interferencias. Asimismo, tampoco supuso una incomodidad en el centro de salud por la ubicación de la sala de juntas, en un piso distinto a donde se lleva a cabo la actividad asistencial. En la elección del lugar se tuvieron en cuenta aspectos de accesibilidad, el centro queda en el mismo recinto que la Facultad de Ciencias de la Salud, e idoneidad, lugar libre de interrupciones con espacio suficiente. Se prefirió un lugar distinto a la facultad para mitigar la carga simbólica que pudiera tener para los participantes. Destacamos que, en el momento de realizarse los grupos de discusión, solo uno de los alumnos de cuarto había realizado sus prácticas en dicho centro de salud.

Para la moderación de los grupos la secuencia llevada a cabo fue la siguiente: presentación de la moderadora y los participantes, explicación del propósito de la investigación, petición y firma del consentimiento informado (Anexo D), obtención de permiso para la grabación de la discusión y fijación de la duración de la sesión. Antes de finalizar se preguntó si alguien quería añadir algo que no hubiese dicho antes.

La disposición de los participantes fue alrededor de la mesa de la sala de juntas, en el lugar que cada uno de los asistentes eligió libremente, teniendo en cuenta la proximidad para facilitar la grabación.

El esquema argumental que guió la discusión en torno al tema de investigación, sin cerrar o inhibir la expresión de vivencias de los participantes, incluyó los siguientes aspectos: opinión general de las prácticas clínicas, las fuentes de estrés durante las prácticas y aspectos mejorables según su punto de vista, la variabilidad en la práctica de los profesionales y la evaluación de las prácticas.

El guion únicamente era conocido por la moderadora y se utilizó solo cuando fue necesario. En todo momento se prefirió que la información surgiese de manera espontánea, reorientando o reformulando las preguntas cuando era necesario profundizar en la reflexión del participante.

Terminada la actividad los estudiantes fueron obsequiados con un pequeño detalle como símbolo de gratitud. La duración total fue de 80 minutos para el grupo de cuarto, con un total de 58 minutos de grabación y de 90 minutos para el grupo de segundo curso, con un total de 65 minutos de grabación.

El primer grupo, cuarto curso, se llevó a cabo en mayo de 2016 y estuvo formado por cinco integrantes, dos hombres y tres mujeres. Estaban convocados siete, pero dos de ellos declinaron en el último momento por circunstancias imprevistas. El grupo se desarrolló en ambiente distendido, fueron respetuosos con el turno de palabra y desde el primer momento hablaron con naturalidad expresando sus vivencias.

El segundo grupo, segundo curso, se llevó a cabo en febrero de 2017. Estuvo formado por nueve mujeres, coincidiendo con el número de convocadas. Todas las participantes se mostraron deseosas de hablar y compartir sus vivencias. Se percibía cierta excitación por hablar de algo tan novedoso en su vida. Fue necesario en numerosas ocasiones pedir respeto al turno de palabra. Terminado el tiempo, todavía querían seguir hablando, sin embargo, los temas se repetían.

Las grabaciones se realizaron con un teléfono Galaxy Note3 y posteriormente se pasó el archivo de cada una de ellas al ordenador. Ambas grabaciones fueron transcritas en su totalidad. Para facilitar esta tarea se utilizó la aplicación *oTranscribe*, de acceso libre en <http://otranscribe.com/> Esta aplicación permite enlentecer la velocidad del archivo de audio mientras se teclea.

La transcripción en ambos casos se inició de manera inmediata una vez realizado el grupo de discusión. Se hizo más complicada la transcripción del grupo de segundo debido a la identificación de las voces, todas mujeres, y a la superposición de intervenciones que ocasionalmente se producían.

2.3.2 Entrevistas.

Las entrevistas individuales se llevaron a cabo con la finalidad de obtener datos desde el discurso individual a diferencia con el discurso colectivo de los grupos de discusión. Sin dejar el carácter abierto de la entrevista, las preguntas se focalizaron más en aquellos aspectos que, tras el análisis de los datos iniciales provenientes de los grupos, se precisaba aclarar, contrastar o ampliar.

Entrevista con estudiante de cuarto curso.

Se llevó a cabo en el centro de salud, en la sala de juntas y en horario no lectivo para la estudiante. Se garantizó la confidencialidad por parte de la investigadora y se obtuvo la firma de aceptación como participante por parte de la alumna. Fue un encuentro en el que la persona entrevistada manifestó sentirse muy a gusto y encantada de poder expresar sus vivencias. La duración fue de 50 minutos, de los cuales se grabaron 30, llevándose a cabo la transcripción completa de la misma.

Entrevista con estudiante de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria.

El participante había terminado sus estudios de Diplomado en Enfermería hacía más de una década y ha tenido la oportunidad de trabajar como enfermero durante varios años en servicios de urgencias y atención continuada. Aunque él no ha tutorizado estudiantes de Grado o Diplomado hasta la fecha actual, se consideró interesante explorar su punto de vista sobre el tema de estudio. Por una parte, cuenta con su propia experiencia como estudiante durante sus estudios de Diplomatura, cuenta con experiencia como profesional asistencial y actualmente la experiencia de estudiante de especialidad.

También esta entrevista se llevó a cabo en el centro de salud, tras garantizar la confidencialidad y obtener consentimiento de participación. La duración fue de 60 minutos, de los cuales se grabaron 45 que fueron transcritos en su totalidad para el posterior análisis. Fue una entrevista abierta en términos generales, concretándose algunas preguntas en el tema de estudio si no surgía espontáneamente en el transcurso de la misma.

Entrevista con el coordinador académico de las prácticas externas.

La persona entrevistada asumía simultáneamente, en el momento de la misma, el cargo de coordinador académico de las prácticas externas y el de tutor académico de las Prácticas Externas I. Esta entrevista se llevó a cabo con una doble intencionalidad. Por una parte, contrastar y verificar los datos consultados en la web de la titulación sobre la organización y normativa vigente de las prácticas de los alumnos y por otra buscar una triangulación de los datos obtenidos en los grupos de discusión. La entrevista se llevó a cabo en la Facultad de Ciencias de la Salud y tuvo una duración de 90 minutos. Fue una entrevista abierta, no estructurada, en la que solamente se grabó la parte relacionada con el tema central de la investigación, en total 12 minutos de grabación. No obstante, a pesar de ser una entrevista abierta, las preguntas se centraron en los aspectos que se precisaba contrastar.

Las notas tomadas durante el desarrollo, y el análisis de la transcripción de la parte grabada, han constituido una aportación valiosa para los resultados de este trabajo.

2.3.3 Informes reflexivos del alumnado.

Bajo esta denominación nos referimos a la utilización de informes elaborados por los estudiantes del curso de segundo que había sido informado del estudio y al que pertenecían los participantes en uno de los grupos de discusión. La elaboración de estos informes forma parte de la evaluación de la asignatura, si bien con una ponderación baja respecto a la nota global, y su objetivo es fomentar la actitud reflexiva de los estudiantes en el desempeño de sus prácticas. Se solicitó al tutor académico que facilitara los mismos prescindiendo de la identificación personal. Su lectura pormenorizada y pertinente análisis ha permitido tanto la búsqueda de nuevos códigos y significados con relación al tema central de la investigación, como la triangulación de los datos obtenidos en los grupos y entrevistas. Dada la riqueza de los textos, no solo se han extraído aquellos temas relacionados con los objetivos del proyecto, sino que se han valorado aspectos que pudieran abrir nuevas vías de investigación.

Se han analizado un total de 54 informes. Las indicaciones para la realización de este ejercicio y los criterios de evaluación del profesor para la calificación de los mismos habían sido facilitadas a los estudiantes a través de la plataforma virtual. Su extensión no debía superar las 600 palabras.

2.4 Aspectos éticos

Para la realización de esta investigación se han seguido las indicaciones del Informe Belmont: principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la Investigación. Este informe fue creado y publicado en abril de 1979 por el

Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos. Se han tenido en cuenta los tres principios básicos que contempla el mismo: Respeto a las personas, Beneficencia y Justicia, así como sus aplicaciones: Consentimiento informado, Valoración de riesgos y beneficios y Elección de participantes.

Con relación al respeto a las personas, en esta investigación todas las personas que han participado son autónomas, es decir con capacidad para deliberar y obrar. Han entrado en la investigación voluntariamente y con la información adecuada.

El principio de beneficencia en el contexto de la investigación se entiende como algo que va más allá de “hacer el bien”. En este caso, la beneficencia se entiende como una obligación en un doble sentido: no causar daño (no maleficencia) y maximizar los beneficios posibles y disminuir los posibles daños. Entendemos que la realización de esta investigación no supone daños a los participantes ni otras personas, ni durante la realización de la misma ni con la difusión de sus resultados. En todo caso, las pretensiones se orientan en el sentido de reportar beneficios relacionados con la formación práctica de los estudiantes.

Las nociones de justicia tienen importancia en la investigación con sujetos humanos en una doble vertiente. Por un lado, en la selección de sujetos para la investigación y por otro, que los resultados beneficiosos de las investigaciones sean ventajosos para unos y no para otros. En esta investigación, la selección de participantes, además de ser voluntaria, no ha supuesto ningún riesgo para los mismos, ni tampoco ventajas diferenciadas entre ellos.

El consentimiento informado ha sido requerido a todos los participantes cumpliendo con los requisitos de información sobre el proyecto, comprensión del mismo por parte de los participantes y voluntariedad para participar (Anexo D).

En la valoración de riesgos y beneficios, dada la naturaleza de la investigación, no se perciben riesgos para los participantes en el estudio ni a otras personas por la difusión de los resultados. No obstante, se ha garantizado el anonimato de todas las personas que han contribuido en esta investigación.

En la selección de participantes, podemos afirmar la total imparcialidad a la hora de invitar a la participación en este estudio. Los criterios de selección no han sido otros que los requeridos para garantizar la calidad de la información y la disponibilidad.

2.5 Credibilidad y rigor metodológico

Los criterios de rigor científico en la investigación cualitativa han evolucionado en las últimas décadas y a pesar de la dilatada trayectoria de la investigación cualitativa en el seno de las ciencias sociales, sigue siendo tema de debate la credibilidad de los estudios realizados en el seno del marco interpretativo.

Cuando hablamos de calidad de un estudio solemos referirnos al rigor científico, fiabilidad, veracidad, confiabilidad y adecuación metodológica, entre otros; aunque la palabra que más se utiliza es la de validez. En la búsqueda de criterios de validez en la investigación cualitativa, Sandín (2000) señala cuatro posiciones: a) la aplicación de criterios convencionales, b) la aplicación de criterios paralelos o cuasi-fundacionales,

c) la aplicación de criterios propios y d) los nuevos criterios en un mundo pos-moderno.

Algunos autores sostienen que los estudios cualitativos deben ser evaluados con los mismos criterios que la investigación convencional, es decir validez interna, validez externa, fiabilidad y objetividad; no obstante la aplicación de criterios paralelos surgió del convencimiento de que los estudios cualitativos debían ser valorados según criterios generados por y dentro del propio paradigma, y en esta etapa destacaron las aportaciones de Guba (1981), Lincoln y Guba (1985), y posteriormente Miles y Huberman (1994). Esta postura fue posteriormente cuestionada bajo el argumento de que en realidad se estaba haciendo lo mismo, medir la investigación cualitativa con criterios positivistas. En la tabla 6 se muestran las terminologías convencionales y las alternativas.

Tabla 6

Términos convencionales y alternativos de criterios de calidad en la investigación cualitativa

Aspecto	Término convencional	Lincoln y Guba (1985)	Miles y Huberman (1994)
Valor de verdad	Validez interna	Credibilidad	Autenticidad
Aplicabilidad	Validez externa	Transferibilidad	Fittingness
Consistencia	Fiabilidad	Dependencia	Auditability
Neutralidad	Objetividad	Confirmabilidad	Confirmabilidad

Fuente: Sandín (2000)

Entre los investigadores que sostienen la necesidad de criterios propios se encuentra Hammersly (1992), quien defiende que los criterios que deben primar en la evaluación de la investigación social son la validez o verdad y la relevancia, argumentando que no siendo posible conocer el grado en que un relato es verdadero, se debe juzgar la

validez de las afirmaciones a partir de la evidencia presentada para apoyarlas. Sin embargo, los nuevos criterios en el mundo pos-modernos incorporan cuestiones como la verosimilitud, emocionabilidad, responsabilidad personal y diálogo con los participantes (Denzin y Lincoln, 1998).

Stenius et al (2017) proponen tres criterios fundamentales: a) la significatividad de los datos, para lo que debe argumentarse por qué esos datos han de ser tenidos en cuenta b) la suficiencia de los datos, relacionado con la selección de participantes y saturación de la información y c) la transparencia y replicabilidad del análisis, es decir, la capacidad de facilitar al lector la información suficiente para seguir el razonamiento y las decisiones tomadas durante la investigación; lo que obliga a un ejercicio continuo de reflexividad y transparencia.

El ejercicio de reflexividad ha sido necesario y ha estado presente en cada etapa del proyecto. El vínculo profesional con el tema de estudio nos ha obligado a realizar un continuo ejercicio de búsqueda de la marginalidad, la marginalidad del etnógrafo (Hammersly y Atkinson, 1995). Estar dentro y estar fuera, escuchar sin anticipar, oír y escuchar como si fuera la primera vez y con la intensidad que los actores ponían. Pero al mismo tiempo, ha facilitado entrar en detalles y profundizar en recovecos que una persona más distanciada hubiese pasado por alto. El esfuerzo y la reflexión se han mantenido durante la etapa de análisis e interpretación de los datos, para intentar conseguir el valor de verdad.

Relacionados con los criterios anteriores, pero más concretamente en el campo de las ciencias de la salud, se proponen otros criterios de calidad para la investigación

cualitativa: la adecuación epistemológica, la relevancia, la validez y la reflexividad (Calderón 2002).

La adecuación epistemológica busca la coherencia entre el tipo de investigación que se plantea y la pregunta objeto de estudio, coherencia que debe percibirse durante todo el proceso de la investigación. La relevancia se relaciona con la justificación y repercusiones que la realización de la investigación pueda tener de cara a un mejor conocimiento del tema de estudio. La validez se mide a través de la pertinencia e interpretatividad, por lo que sería necesaria una selección adecuada de participantes y un meticuloso análisis de los datos e interpretación del investigador.

En su propuesta para la evaluación de trabajos de investigación en salud con metodología cualitativa, Calderón (2009) presenta unas directrices para la búsqueda de la presencia de los criterios expuestos previamente, en las diferentes etapas del proceso de la investigación. El esquema puede verse en el anexo E.

CAPÍTULO 3: ANÁLISIS DE DATOS

3.1 Tipo de análisis

El análisis cualitativo de datos constituye una etapa que requiere gran dedicación y una inversión notable de tiempo. El proceso de análisis también requiere flexibilidad, circularidad, dinamismo y rigurosidad, y es, además, un proceso creativo en el que las fases de obtención y análisis de datos se producen de manera casi simultánea permitiendo el avance en la investigación.

Los datos obtenidos no son datos numéricos, sino textos narrativos que reflejan discursos. El análisis consiste en la ordenación, estructuración, comparación y en dar significado a la información y datos obtenidos, de forma que podamos llegar a la comprensión del fenómeno estudiado (Miles y Huberman, 1994). El proceso de análisis va a suponer, por un lado, el manejo de los datos propiamente dicho y por otro, la interpretación que nos lleva a la reconstrucción del sentido de los textos (Coffey y Atkinson, 2003; Gibbs, 2012).

En la literatura encontramos diferentes clasificaciones de los modelos de análisis cualitativo con la descripción de técnicas en función de los niveles o dimensiones del análisis que se pretende. Al realizar este estudio se ha intentado un plan de análisis coherente con los objetivos de la investigación, la metodología utilizada y el tipo de información obtenida, por lo que se ha planteado un análisis de contenido cualitativo.

El análisis de contenido es una técnica de interpretación de textos que combina intrínsecamente la observación y producción de los datos y la interpretación y análisis de los mismos. Tanto los datos expresos, lo que dice el autor, como los latentes, lo que dice sin pretenderlo, cobran sentido y pueden ser captados dentro de un contexto. Según Andreu (2002), los orígenes del análisis de contenido se remontan a la interpretación de textos sagrados y misteriosos en la Antigüedad, aunque el primer caso bien documentado se remonta a 1640 en Suecia con el análisis de Los cantos de Sion, una colección de himnos religiosos que fueron acusados de socavar la moral del clero ortodoxo. La sistematización de las reglas para este tipo de análisis se inició a mediados del pasado siglo, no obstante, dichas reglas tenían un carácter fundamentalmente cuantitativo, en consonancia con el tipo de textos que se sometían a análisis, periódicos, propaganda o símbolos. La evolución del análisis de contenido hacia el campo cualitativo se ha producido cuando ha dejado de centrarse en el contenido manifiesto descrito por Berelson (1952) para dar cabida al contenido latente de Hostil (1969).

Por otra parte, el análisis temático, sustentado en el marco epistemológico-metodológico de Schutz (1993) es definido por Braun y Clarke (2006) como un método para el tratamiento de la información en investigación cualitativa, que permite identificar, analizar en detalle y reportar patrones o temas a partir de una cuidadosa lectura y re-lectura de la información recogida, para inferir resultados que propicien la adecuada comprensión/interpretación del fenómeno en estudio. Para Van Manen (2003) el propósito de la reflexión fenomenológica radica en intentar aprehender el significado esencial de algo, lo que implica un proceso de apropiación, esclarecimiento y explicación reflexivos de la estructura de significado de la experiencia vivida. El

significado o esencia de un fenómeno no es nunca simple o unidimensional sino multidimensional y estratificado. Además, comunicar significados requiere una narración organizada o prosa que obliga al investigador a realizar una actividad reflexiva en su trabajo textual.

El análisis temático busca en los textos transcritos unidades de significado, estructuras de significado o temas, planteando tres modos de aproximación para el descubrimiento o el aislamiento de aspectos temáticos: a) una aproximación holística o sentenciosa, en la que leemos el texto como un todo e intentamos expresar el significado fundamental con una frase, b) una aproximación selectiva o de marcaje, en la que intentamos encontrar frase o frases relevadoras o esenciales sobre el fenómeno que se está describiendo y c) una aproximación detallada o línea a línea, en la que miramos cada frase o grupo de frases uno por uno y nos preguntamos qué revela cada una de ellas sobre la experiencia o fenómeno que estamos describiendo.

En este trabajo, para el análisis de los textos generados por los grupos de discusión y las entrevistas, la aproximación ha sido detallada o línea a línea, mientras que, para el análisis de las fuentes documentales, la aproximación fue selectiva o de marcaje.

3.2 Etapas del proceso analítico

Por otra parte, las directrices de Taylor y Bogdan (1984) para llevar a cabo el análisis cualitativo nos han sido de gran utilidad. Sus indicaciones orientadas a la comprensión en profundidad de los escenarios y personas estudiadas, coinciden con nuestro propósito, por lo que, a efectos prácticos, hemos seguido las tres etapas sugeridas que

se esquematizan en la tabla 7: a) descubrimiento en progreso, es decir, identificar temas y desarrollar conceptos y proposiciones, b) codificación de los datos y refinamiento de la comprensión del tema de estudio y c) relativizar los descubrimientos, es decir comprender los datos en el contexto en que fueron recogidos. Estas etapas se esquematizan en la tabla 7.

Tabla 7

Etapas en el trabajo con los datos cualitativos

Etapas	Tareas/actividades
Descubrimiento	Leer datos Seguir pistas de temas, ideas, intuiciones. Buscar temas emergentes Elaborar tipologías Desarrollar conceptos y tipologías Leer material bibliográfico Desarrollar una guía de la historia
Codificación	Desarrollar categorías de codificación Codificar todos los datos Reunir los datos codificados en cada categoría Comprobar los datos que sobran Refinar el análisis
Relativización/comprensión	Diferenciar datos solicitados y no solicitados Analizar la influencia del observador Considerar quien estaba allí Datos directos e indirectos (interpretación) Valorar las fuentes Valorar los propios supuestos

Fuente: Elaboración propia a partir de Taylor y Bogdan (1984)

En nuestro análisis, durante la primera etapa se ha realizado una escucha de los audios, lectura detenida y repetida de los textos transcritos de los grupos de discusión y de las notas tomadas al margen durante el proceso. Se han extraído las primeras intuiciones preanalíticas, elaborando listados de temas o categorías para finalizar con un esquema provisional de clasificación de los temas anteriores.

En la fase de codificación propiamente dicho se han identificado las unidades de sentido (códigos) y se han elaborado categorías (agrupación de códigos del mismo tema). Los códigos se han modificado y reagrupado durante el proceso. Para algunas categorías se han desglosado subcategorías.

En la última fase se ha buscado la verificación y contraste de los hallazgos y creación del marco explicativo final. Los datos obtenidos en los informes reflexivos y los obtenidos por otros investigadores han sido de gran valor en esta etapa.

3.3 Software de apoyo QDA Minor lite

Para el análisis de los datos se ha utilizado el software QDA Minor lite, de Provalis Research, de acceso libre en la red. Es un programa sencillo que permite codificar datos textuales y gráficos, anotar, revisar y recuperar datos y documentos codificados. El programa está basado en el entorno Windows y ofrece herramientas de análisis exploratorio que permite identificar patrones de codificación y relaciones entre códigos. Comparte similitud de funciones con Atlas.ti, NVivo, MAXqda e HyperResearch (Blasco y Mengual, 2010). Además del tutorial del software se han encontrado en la red tutoriales en vídeo que han sido de gran ayuda (Löfgren, 2013; Long, 2014).

En la figura 4 se muestra la pantalla del entorno de trabajo con QDA Minor. En el cuadrante central aparece el texto con el que se está trabajando, que precisa de conversión previa a formato txt o pdf. Cada texto incluido será un caso, y aparecerá en

el cuadrante superior izquierdo. Según se van codificando fragmentos aparecen en el cuadrante inferior izquierdo, agrupándose por categorías. Al mismo tiempo, la columna de la derecha permite ver los tramos de texto codificados, pudiéndose utilizar colores para facilitar la identificación visual. También permite resaltar o ensombrecer la parte de texto codificada localizándose fácilmente lo que queda pendiente.

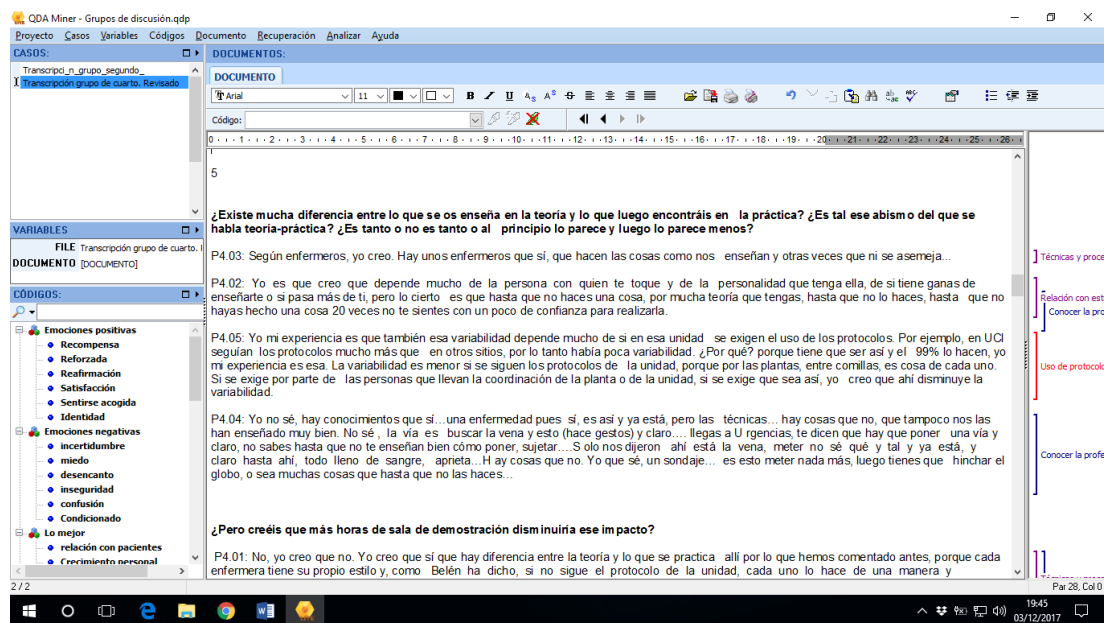


Figura 4. Entorno de trabajo QDA Minor lite

Una vez se han codificado todos los textos, estos pueden relacionarse entre sí y pueden obtenerse datos y gráficos de la frecuencia con que esos códigos aparecen, como puede observarse en la captura de pantalla de la figura 5.

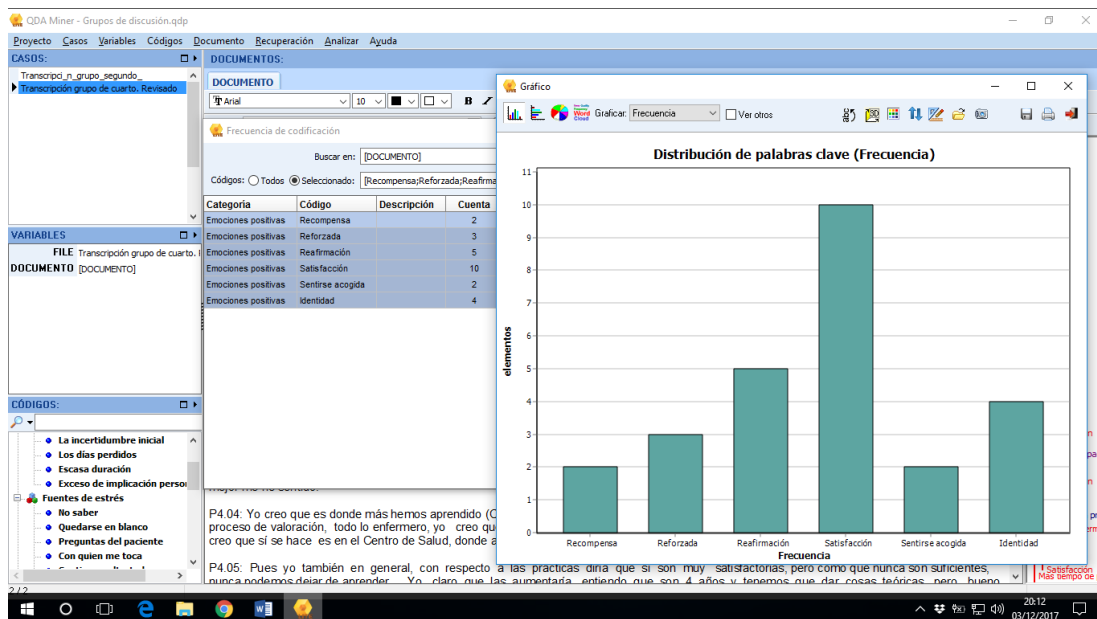


Figura 5. Obtención y representación de datos cuantitativos

O bien se pueden recuperar todos los fragmentos que se han clasificado bajo un mismo código, como se aprecia en la figura 6.

Categoría	Código	Caso	Texto	Codificador	Fecha	Palabras	% Palabras	Comentario	Variable
Variedad de los profesionales	La edad	TranscripcI_n_grupo_segundo_...	Sobre todo se nota mucho cuando te toca con una enfermera joven, pues igual se parece más a lo que has visto en clase y cuando te toca una enfermera que lleva 40 o 50 años en la profesión, que lo lleva haciendo así toda la vida, que igual las cosas han cambiado, pero como ella lo hace así pues lo sigue haciendo así, ¿sabes? ¿Grandes diferencias? Pues es que el problema es... eso, llevar las cosas a la realidad, que por mucha... por muy bien que estudiemos la teoría, porque obviamente hay que saberla.	Admin	21/02/2017	95	0.9%		DOCUMENTO
Variedad de los profesionales	La edad	TranscripcI_n_grupo_segundo_...	y se supone que debe... pero si que es verdad, pues lo que decía Laura, que cuando son enfermeras que llevan 30 años, 40 años, pues yo que sé, pues yo lo noto sobre todo en que igual no se lavan las manos las veces que se las tienen que lavar, todos en general, pero cuanto más es la edad, como que menos lavas las manos o (fijas)... Yo que sé, nos han estado un año entero lavate las manos, o sea, a todo lo que hagas y allí.	Admin	21/02/2017	89	0.9%		DOCUMENTO
Variedad de los profesionales	La edad	TranscripcI_n_grupo_segundo_...	Que es cierto, yo me ha tocado con enfermeras que eran jóvenes y, pues justo, casi era igual a lo que hablamos de hoy, pero ya luego te pasabas a otra y es que era todo lo contrario y además te decía no pero así así no se hace y ya entre una y otra, si te tocaba algún día alterno pues decía... no sé qué hacer. Y era... lo hago como tú lo haces y mañana lo hago como lo haga....	Admin	21/02/2017	81	0.8%		DOCUMENTO
Variedad de los profesionales	La edad	TranscripcI_n_grupo_segundo_...	P2.04. Yo estaba con una enfermera de las más mayores y con la gente, vamos, lo mejor, saludaba hola ¿qué tal? no sé qué. Con la edad, no.	Admin	22/02/2017	29	0.3%		DOCUMENTO
Variedad de los profesionales	La edad	Transcripción grupo de cuarto. Revisado	P4.01: Yo sinceramente no pensaba que había tanta variabilidad. Si te dan una teoría, tú esperas que todos los mecanismos funcionen en base a lo que se estudió y te encuentras en un hospital... Por ejemplo, yo entiendo que tienen que renovarse continuamente, pero hay mucha diferencia entre cómo trabaja una enfermera joven o una enfermera mayor.	Admin	12/03/2017	59	0.8%		DOCUMENTO
Variedad de los profesionales	La edad	Transcripción grupo de cuarto. Revisado	Si las enfermeras mayores no se renuevan, las técnicas que tú hagas con ellas no van a ser correctas, así como las enfermeras jóvenes al tenerlo más reciente y renovarse, sí que son más correctas. Así que yo creo que sí, que existe una gran variabilidad y yo en principio pensaba que no era así.	Admin	12/03/2017	55	0.8%		DOCUMENTO

Figura 6. Representación de los fragmentos de texto codificados

Nuestro análisis se inició con el texto transcrito del grupo de cuarto, procediéndose a la codificación con un abordaje secuencial línea a línea, de forma que ninguna parte del texto quedó sin codificar, añadiendo nuevos códigos según se iban encontrando unidades de significado. Posteriormente se realizó la codificación del grupo de segundo curso, siguiendo la misma sistemática línea a línea, que se había hecho previamente con el otro grupo, pero en este caso, se crearon las categorías en primer lugar y posteriormente los códigos.

Cada uno de los grupos se realizó como proyecto nuevo en la aplicación QDA; sin embargo, al intentar relacionar códigos se vio la conveniencia de agrupar ambos casos en un mismo proyecto, por esta razón se procedió de nuevo a la codificación del grupo de cuarto agrupando los códigos en las categorías previamente definidas.

Por lo tanto, finalmente se trabajó con tres proyectos, incluyendo en uno de ellos los textos de los grupos de discusión, en otro las entrevistas y en un tercero los informes reflexivos. En el análisis de los grupos de discusión, aunque surgieron algunas unidades de significado nuevas con respecto al grupo de cuarto, estas podían ser incluidas en las categorías existentes, por lo que se procedió al análisis de las entrevistas y se descartó realizar otro grupo de discusión.

Para el análisis de las entrevistas se siguió el mismo esquema, partiendo de la transcripción literal de las mismas y codificación línea a línea. En cambio, para el análisis de los informes reflexivos, la aproximación fue selectiva o de marcaje. La realización del informe reflexivo era una actividad obligatoria sometida a evaluación, con unas directrices para su realización y unos criterios de evaluación. A nuestro

entender, estas características hacen que sea una reflexión “dirigida”. En cualquier caso, el análisis se centró en los aspectos objeto de estudio.

Para la diferenciación de los participantes se crearon códigos de identificación, según se recogen en la tabla 8.

Tabla 8

Códigos de identificación de participantes

Fuente de información	Códigos
Grupo discusión cuarto curso	P4.01, P4.02, P4.03, P4.04, P4.05
Grupo discusión segundo curso	P2.01, P2.02, P2.03, P2.04, P2.05, P2.06, P2.07, P2.08, P2.09
Entrevistas	E1, E2, CP
Informes reflexivos	IR1, IR2, IR3, IR4, IR5, IR6.....IR54

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

En este capítulo se muestra el aspecto más descriptivo de los resultados, el contenido manifiesto, lo que los participantes han dicho. Sin embargo, partimos de la asunción de que no existe descripción puramente objetiva, ya que tanto los participantes al verbalizar sus vivencias como el investigador al seleccionarlás están haciendo su propia interpretación.

Codificados todos los textos, revisados y reagrupados, contamos con un total de ocho categorías o temas. Para la construcción de las categorías se ha intentado definir las desde las percepciones y sensaciones de los propios estudiantes. Estas han sido:

- ✓ Emociones positivas. Aquellos aspectos favorables que los estudiantes han destacado de su experiencia de prácticas, independientemente del origen de esa vivencia.
- ✓ Emociones negativas. Aquellos aspectos que los estudiantes han valorado como insatisfactorias o desfavorables.
- ✓ Lo mejor. Lo que más valoran, lo que les hace sentir bien con respecto a la experiencia vivida.
- ✓ Lo peor. Lo que quisieran evitar, lo temido y rechazado de las prácticas.
- ✓ Fuentes de estrés. Situaciones que los estudiantes reconocen como estresantes durante su periodo de prácticas.
- ✓ Variabilidad de los profesionales. Observaciones, interpretaciones y opiniones sobre la variabilidad en el desempeño de los profesionales asistenciales.

- ✓ La evaluación. Cómo se sienten los estudiantes con respecto al proceso de evaluación de sus prácticas.
- ✓ Cosas que cambiarían. Aquellos aspectos que los estudiantes cambiarían con respecto a sus prácticas, si tuvieran la capacidad o autoridad para hacerlo.

El número de códigos o unidades de significado de cada una de estas categorías es variable, así como la frecuencia con que se han presentado los mismos. Los anexos F, G y H muestran las tablas de los grupos de discusión, las entrevistas y los informes reflexivos respectivamente.

4.1 Emociones positivas

Ambos grupos de discusión ponen de manifiesto una serie de emociones positivas tras la realización de las prácticas. Se exponen a continuación siguiendo el orden en función del número de veces que se hace mención a las mismas, sin excluir ninguna, aunque se haya mencionado una sola vez.

Satisfacción.

Satisfacción por las prácticas realizadas, tanto si llevaban expectativas previas como si no, sienten una enorme satisfacción por el resultado final de sus prácticas. Para ellos ha sido el encuentro con la profesión y les ha permitido saber que están donde querían estar.

P2.01: No sé, muy buena. Yo esperaba que... no sé, en realidad no me esperaba nada, pero, o sea no sabía ni lo que me esperaba, pero yo he salido muy

contenta y creo que he aprendido muchas cosas y me ha hecho ver que sí que me gusta esta profesión.

P2.02: ...pero al final...me he sentido súper a gusto y muy bien.

P2.07: Yo me lo esperaba peor, vamos me gustó mucho porque me lo ponían como..., es que a mí me tocó Medicina Interna y era como, buah Medicina Interna, todo ancianos y tal. Y yo iba acojonada literal y muy bien, muy contenta. No sé, me lo esperaba peor, bueno, no peor porque iba muy ilusionada, pero creía que iba a ser peor de lo que realmente era.

P4.02: Yo en términos generales bastante satisfactorio, todas las técnicas, he cogido bastante soltura en bastantes de ellas, algunas sí que me han faltado por realizar, pero la comunicación con los pacientes..., me pasa parecido a M., que me veía así más tímido, pero yo creo que bien, que ahora me desenvuelvo bastante bien.

Reafirmación.

La realización de las prácticas les ha servido para comprender y convencerse de que realmente han elegido bien, de que quieren ser enfermeros. Este sentimiento se repite también en los informes reflexivos y, llama la atención que no se ha encontrado ningún caso negativo. Es decir, ninguno de los participantes hace mención a que este encuentro con la práctica le haya llevado a dudar de su elección profesional.

P4.01: Sí, yo en un principio igual no tenía claro Enfermería, pero conforme iban avanzando las prácticas... En segundo, igual todavía no lo tenía muy claro, pero tras las prácticas de tercero yo creo que ya definitivamente estoy convencido de que he acertado.

P2.03: Pero luego al final, también yo me he dado cuenta de que es lo que de verdad quiero hacer y sí que es lo que esperaba.

P4.05: También te sirven para darte cuenta, al tener prácticas, si te gusta lo que estás haciendo, igual en otras carreras terminas sin tener prácticas y no sabes si realmente es a lo que te va a gustar dedicarte y nosotros sí tenemos ese privilegio y podemos saber si nos gusta o no.

E1: Para mí hacer las prácticas ha supuesto centrarme; o sea realmente de la teoría a la práctica hay muchísima diferencia, entonces, ha sido como ver la realidad y decir pues esto es lo que es Enfermería, y para mí ha sido una experiencia, o sea, que me ha ayudado a definir que sí, que estás obligado a hacer, porque, no sé, me ha gustado mucho y todo lo que he visto hasta ahora, está muy bien.

Identidad.

Esta unidad de significado solo aparece en el grupo de discusión de segundo curso. Aunque todos los estudiantes están identificados como tales, el hecho de que los pacientes, familiares y resto del equipo sanitario sepan que son alumnos en formación es algo en lo que reparan más los estudiantes en sus primeras prácticas, interiorizando y asumiendo el rol a lo largo de los diferentes periodos de formación. Coincide además que la identificación se ha reforzado en esta promoción con un cambio de color del uniforme, por lo que los estudiantes de tercero y cuarto llevaban uniformes blancos con tarjeta de identificación y los estudiantes de segundo llevaban uniforme azul, lo cual los hacía fácilmente distinguibles desde la distancia. Entre ellos, este tema no ha pasado inadvertido.

P2.01: Y además nos tocó ir de azul, que éramos... Se te veía a kilómetros..., pero la verdad es que la gente encantada. Vamos yo con los que he estado, nadie se echaba para atrás, tú le dices es que soy de prácticas, es mi primera vez...y la gente genial, nadie se acobardaba, yo que sé.

P2.02: Y te ayudaban mucho. Hay gente que ha criticado lo del color azul y tal, pero yo creo que en cierta manera ha sido un beneficio, porque quieras que no en el hospital todos van de blanco, o sea tú no sabes si es una auxiliar, un celador, un médico casi o una enfermera o la limpiadora, que también va de blanco. Entonces es como... tampoco tengo que dar una explicación, o sea tengo una justificación de por qué entro en una habitación o me tengo que salir, o por qué me pongo tan nerviosa... es como si llevaras la L en el coche o en la frente casi.

Refuerzo.

La realización de las prácticas les ha servido de refuerzo y reconocimiento de su valía. Afianza su autoestima. Sobre todo, lo manifiestan los estudiantes que se reconocen o definen como tímidos.

P4.01: Pues... por ejemplo yo soy un chico muy tímido, y esperaba que la conversación con los pacientes me iba a costar; en un principio sí me mostraba muy tímido, pero con el tiempo yo creo que explicaba las cosas, me mostraba con mayor naturalidad y yo creo que los pacientes me entendían; entablaba conexión con los familiares y en ese aspecto yo me voy muy reforzado.

Recompensa.

Incluso se va más allá del reconocimiento para experimentar un sentimiento de compensación, de recompensa por los cuidados prestados.

P2.04: Es que en el fondo te sientes recompensada, o sea... En el momento que ves que haces algo, ¿no?, saludar a la entrada a ver qué tal está y ves que está con una sonrisa, aunque estén pochillos o lo que sea y... yo ahí me sentía bien, más que si pongo bien el Clexane⁵ o la insulina...

P2.01. Para mí es lo mejor, era lo que más cosa me daba, el hecho de... Son gente que está enferma, tú no sabes hasta qué punto..., pero el hecho de que un señor o una señora te llame hasta por tu nombre o le veas por el pasillo y... ¿qué, qué me cuentas? O...

Sentirse acogido.

Cuando se han sentido acogidos en el servicio, lo expresan como una vivencia muy positiva que ha facilitado su integración y el desarrollo de sus prácticas. En los informes reflexivos, hacen referencia a aquellas supervisoras que han recibido a los estudiantes en su primer día y les han enseñado el servicio y presentado a los profesionales. Esta explicación aparece a pesar de no ser un dato solicitado.

P2.03: Nos recibieron muy bien. He aprendido más en un mes que en un año y medio estudiando ...

P4.03: La mayoría de las enfermeras con las que me ha tocado sí que me han intentado enseñar, sobre todo en el Centro de Salud...

⁵ Enoxaparina sódica, heparina de bajo peso molecular que se administra por vía subcutánea como anticoagulante.

En la figura 7 puede observarse la frecuencia con que se verbalizan las emociones positivas, en orden decreciente: satisfacción, reafirmación, identidad, sentirse reforzados, sentirse acogidos y recompensados.

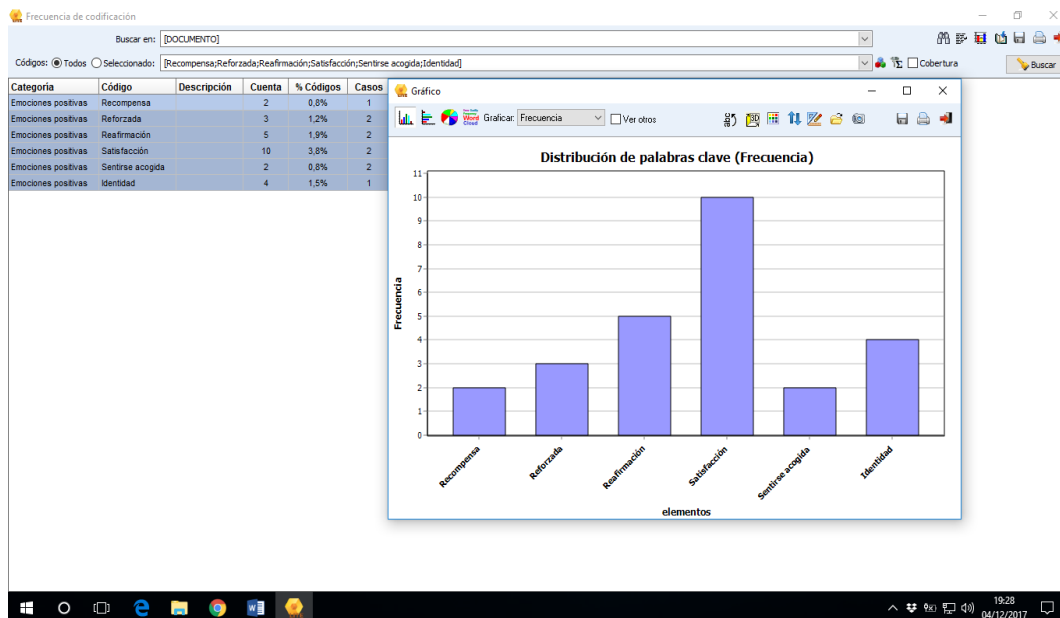


Figura 7. Emociones positivas

4.2 Emociones negativas

Tampoco se aprecian diferencias entre ambos grupos a la hora de expresar emociones negativas, que giran en torno a la inseguridad a la hora de saber hacer, saber estar, asumir su rol. O bien con el miedo, la incertidumbre y la confusión ante situaciones desconocidas o nuevas a las que necesariamente han de enfrentarse. Otras emociones negativas manifestadas son el desencanto ante algo inesperado o no imaginado y el sentirse condicionados en sus actuaciones.

Inseguridad.

Inseguridad a la hora de ejecutar procedimientos, de dar respuesta a las preguntas de los pacientes o de los tutores, a tomar iniciativas o esperar a ser requerido.

P2.03: Y, de hecho, entrar a la habitación de un paciente y decir ¿qué digo? y decir hola soy A...

P2.02: Y más que nada, a mí mi caso fue, más que no saber, era la inseguridad de decir ¿y si lo hago mal? Yo por lo menos, a ver, estuvimos una hora cargando medicación en una jeringuilla...

P2.08: Es como que estás tan insegura que ya no sabes ni..., no sabes nada, aunque lo sepas, no lo sabes.

P4.04: Eso también... Claro y notas inseguridad, ¿lo estás haciendo bien, lo estás haciendo mal? Claro, tienes que estar preguntando y cuando llegue a trabajar ¿a quién voy a estar preguntando si lo pongo en un bolo o...?

P2.09: No, un poco parecido a B, era la inseguridad de llegar y no saber qué hacer porque sí bueno, crees que vienes hiperpreparado, que has estudiado, yo que sé, mil enfermedades y cosas. Pero llega el momento y dices una jeringuilla y esto ¿por dónde? y es que no sabes ni en que agujero pinchar el bote...

P2.07: Son cosas que, a ver, que no hace falta haber estudiado un año y medio, pero a mí era la cosa de, pues lo que decía antes, si tomo una tensión ¿y si la tomo mal, ¿qué? Ya ves ¿cómo vas a tomar mal la tensión con un aparato, pero la inseguridad de decir ...no es lo mismo hacérselo a un muñeco...yo he hecho higiene a un muñeco o a un compañero, pero el muñeco no está “cagao” encima o está que no te responde o te está mirando, o sea, en el momento que tienes una persona enfrente, como que dices ¿y si hago algo mal ...?

Confusión e incertidumbre.

P4.02: Te pone 500 en suero fisiológico, y vas y miras, buscando un par de veces te lo has aprendido, pero si te dan un Nolotil... y después ¿en cuánto, en 50, en 100? ¿en cuánto quieres que lo ponga? No sé.

P2.01: Yo esperaba que... no sé, en realidad no me esperaba nada, pero, o sea no sabía ni lo que me esperaba.

P2.04: Entonces, claro, al final vas cogiendo un poco de ritmo, pero al principio era el momento ese que te dicen tienes que hacer esto, esto y esto y te dejan solo y tú dices venga va, lo hago, pero... al principio era un caos... yo esto lo dejo (risas). Era más las cosas técnicas, porque yo el trato y eso lo llevo bien, pero las técnicas, uff ¿qué me ha dicho, y qué tenía que hacer?

Miedo.

La palabra miedo es más utilizada por el grupo de segundo, parece que, con el paso del tiempo, la incertidumbre ante un nuevo servicio o rotación permanece, pero el miedo va desapareciendo del repertorio de los estudiantes en prácticas.

P2.07: Y yo iba acojonada literal.

P2.02: Yo, a ver, tampoco sabía lo que iba a sentir cuando hiciese las prácticas. Sí que tenía un poco de miedo porque, aparte de que yo soy insegura, yo pensaba ¿cómo voy a saber hacer...?

Sentirse condicionado.

Emoción negativa que no desaparece durante los años de prácticas y que los estudiantes relacionan directamente con el hacer de sus tutores o profesionales

sanitarios. Es otra emoción que aparece en su discurso de manera espontánea, sin ser preguntada directamente.

P2.03: Yo que sé, nos han estado un año entero lávate las manos, o sea, a todo lo que hagas y allí, tú te lavas las manos porque sabes que te las tienes que lavar, pero nadie se las lava en ese momento y dices es que si me las lavo va a decir... al final como que...

P4.05: Es algo que está directamente relacionado con la falta de iniciativa, porque si haces algo... igual me dice que está mal... pues eso, yo creo que nos resta iniciativa el no saber cómo quiere que lo hagas. Como no sé cómo quiere que haga esto, pues mejor miro un poco a ver y después ya lo hago.

P4.02: Eso es, primero miras a ver por dónde van a ir las cosas y luego ya lo haces, porque como ella te va a evaluar... si tú crees que lo ibas a hacer bien, pero no sabes lo que ella quiere y como ella te va a evaluar... pues lo haces como ella quiera.

E2: ...y preguntarle ¿por qué no ha cogido pellizco? el que se atreve a preguntarlo, claro, porque en muchas ocasiones el atreverte a preguntar por qué no has cogido pellizco es como faltar al respeto a alguien ¿no?, evitar una mala respuesta y en el mejor de los casos te puede decir, porque siempre se ha hecho así o porque a mí me enseñaron así, o porque...

Desencanto.

Emoción que experimentan tanto relacionado con el comportamiento del profesional asistencial hacia el estudiante como hacia el paciente.

P2.04: ... aunque también ves que hay gente de la profesión que es gente que está quemada y eso yo creo que es importante verlo, pero cuando tú haces las prácticas es un poco desencanto.

P2.02: Mientras que si te anima (la enfermera), tú vas mucho más relajada, vas con los pacientes, les preguntas cualquier cosa..., entonces también más que el enseñar es la actitud de ellas hacia ti. Porque el perseguir a una persona... Yo he llegado a oír: jo, yo no quiero alumno...y no me tocaba con ella, pero yo he pensado, mañana me toca contigo y qué hago.

La inseguridad, el sentirse condicionados y el miedo son las emociones negativas que más destacan, según se aprecia en la figura 8.

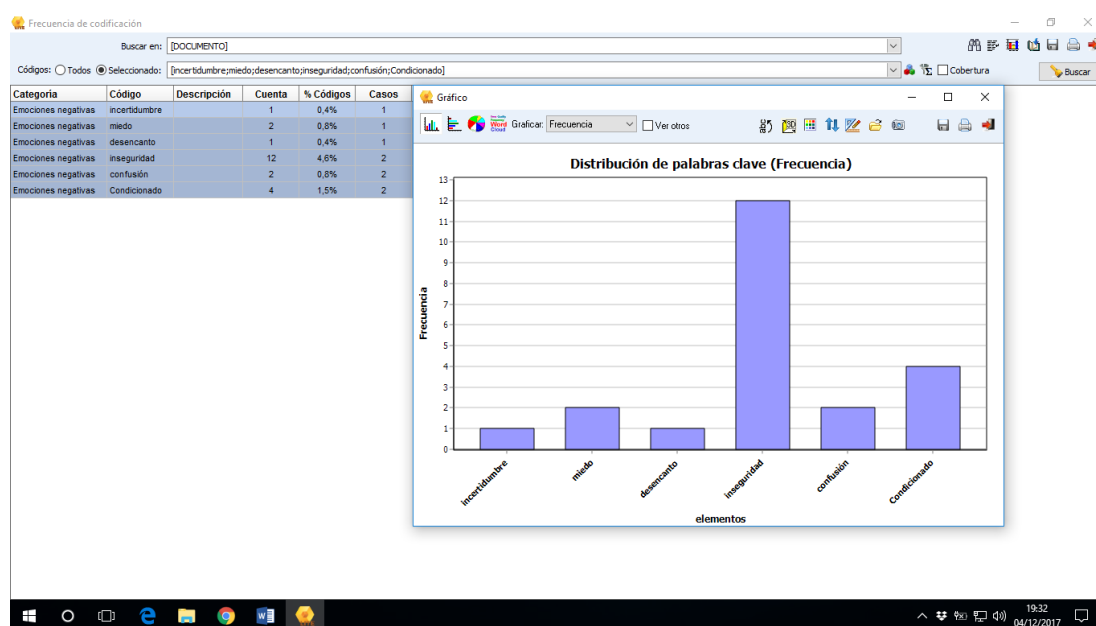


Figura 8. Emociones negativas

4.3 Lo mejor

Al pedir al grupo o a los entrevistados que digan lo que ellos entienden ha sido lo mejor de sus prácticas nos encontramos una gran coincidencia entre ellos en que lo mejor ha sido conocer realmente la profesión y descubrir su carácter humano, relacionarse con los pacientes y, por otra parte, el crecimiento personal que les ha supuesto la realización de las prácticas.

Conocer la profesión.

No solo en los grupos y entrevistas, sino también en los informes reflexivos se hace alusión al descubrimiento de la profesión. En el caso de los informes, surge también como dato no solicitado, sino de manera espontánea cuando ellos reflexionan sobre sus prácticas.

P4.02: Pero lo cierto es que hasta que no haces una cosa, por mucha teoría que tengas, hasta que no lo haces, hasta que no hayas hecho una cosa 20 veces, no te sientes con un poco de confianza para realizarla.

P2.05: Pues es que el problema es...eso, llevar las cosas a la realidad, que por mucha... por muy bien que estudiemos la teoría, porque obviamente hay que saberla, pero bueno, supongo que para eso están las prácticas, para que luego vayamos allí a partir de sangre, nos tengamos que...

P2.01: Y luego también lo más complicado es cómo va a reaccionar el paciente en general ante las técnicas. Porque sí, aquí todo es muy bonito, haces las cositas, lo de las grapas lo haces en un cacho de tela o lo que sea, pero luego, como no sabes cómo va a reaccionar cada paciente...Pero yo creo que eso tampoco se puede mejorar, en cuanto... o sea, es que si no estás allí no lo vas

a poder aprender. Yo creo que esto lo tenemos que pasar todos y no queda otra.

P2.06: Aquí (en la facultad) las prácticas como que la situación es muy irreal porque, por ejemplo, cuando nos enseñaron a quitar las grapas o a coser o así, pues claro no... no es como cuando estás con un paciente que se pone a sangrar de repente o surge un imprevisto y... Pues allí tienes que reaccionar en el momento y no sabes qué hacer.

P2.05: Es lo que dicen, que es cuando realmente aprendes a hacer las cosas porque por mucho que te expliquen y te digan tienes que hacer tal y tal, hasta que no lo haces... Además, lo tienes delante y es la cosa más sencilla del mundo, pero haces (se encoge de hombros) y... pero bueno

E1: Yo creo que eso ha sido un poco lo mejor, entrar ahí y que ya te traten casi como una más. Y, bueno, a parte poner en práctica todo lo que hemos aprendido en clase, la mayor parte de las cosas sí.

Relación con los pacientes.

Superado el miedo a no saber responder o hacer, el trato y la relación con los pacientes es definido por muchos como lo mejor de sus prácticas. Ocurre igualmente en los diarios reflexivos.

P4.05: También yo creo que a veces nos podemos sentir un poco... no sé... a la hora de estar solos con el paciente... si no hay alguien que esté detrás, te hace una pregunta, igual no sabes contestar y por eso te gusta estar un poco apoyado, pero a la vez, cuando estás solo, yo personalmente hablo muchísimo más que cuando está la enfermera al lado.

P2.01: Vamos yo con los que he estado, nadie se echaba para atrás, tú le dices es que soy de prácticas, es mi primera vez...y la gente genial, nadie se acobardaba, yo que sé. Igual me toca uno de estos que te dice no, no, a mí una de prácticas que no me haga nada, pero yo con eso la verdad es que ningún problema.

P2.02. A mí por lo menos nunca he tenido un paciente de decir..., pues eso lo que dice L. Siempre al revés, como que te han intentado... como saben que eres de prácticas, te ayudan.

E1. Pues lo mejor de las prácticas, yo creo es el trato con el paciente, sobre todo, o sea el saber tratarles, el conocer su ambiente, y también el trato con los profesionales, o sea estar ahí como... ya intentar ser parte del grupo y todo, pues te hace sentir ya como una profesional o una enfermera.

Crecimiento personal.

Quizás algo con lo que no contaban, pero se repite entre ellos. El hecho de haber hecho las prácticas codo con codo con los profesionales les ha permitido sentirse uno más, crecer como personas.

P4.01: Yo lo mejor la experiencia personal, he disfrutado, he aprendido, y yo en un principio no estaba convencido y verdaderamente salgo confiado de que esto es lo que quiero hacer.

P2.01: Comparar desde principio a fin todo lo que he logrado como enfermera y también como persona y empezar a valorar más las cosas.

P2.07: El crecimiento personal, que valoras lo que tienes, yo que sé, cosas sencillas como poder manejarte tú solo.

Factor humano y compañerismo

El carácter humano de la profesión y el compañerismo del trabajo en equipo no pasa desapercibido a los estudiantes y en muchas ocasiones es para ellos lo mejor de sus prácticas.

P4.04: Yo, lo mejor, yo creo que el agradecimiento a veces de los pacientes y de algunas enfermeras que a veces sí que te agradecen que las ayudes.

P4.05: Para mí lo mejor sería la humanidad de la profesión, la relación con el paciente, que a mí personalmente me llena mucho.

E2: Entonces encontrar compañeros que después de 15-20 años en ese puesto siguen siendo..., van a trabajar con esa ilusión y transmiten esa... esos conocimientos, pues me ha hecho engancharme a la Enfermería de nuevo, a pesar de que todas esas personas merecen mucho la pena y que estamos rodeados de enormes profesionales, y eso es lo que me ha hecho más..., lo que más me ha gustado.

E2: Para mí lo mejor, sin duda, son los compañeros con los que he estado. He tenido la suerte de pasar por servicios en los que, los compañeros llevan (a los tutores yo les llamo compañeros), llevan muchísimos años en ese puesto y conocen su trabajo y lo valoran y lo quieren.

Sentirse valorado.

Una buena inyección de autoestima les supone el sentirse valorados por sus futuros compañeros de profesión y hoy tutores.

P2.09: Sentirme valorada, como que te agradecen que estés allí, que no te sientas como un lastre...

P4.05: Yo sí que me suelo sentir muy evaluada (¿valorada?), bueno también depende de ellas, pero por lo general sí que me siento bastante evaluada...

En la figura 9 observamos los aspectos definidos por los estudiantes como lo mejor de sus prácticas, resaltando el conocer la profesión y la relación con los pacientes.

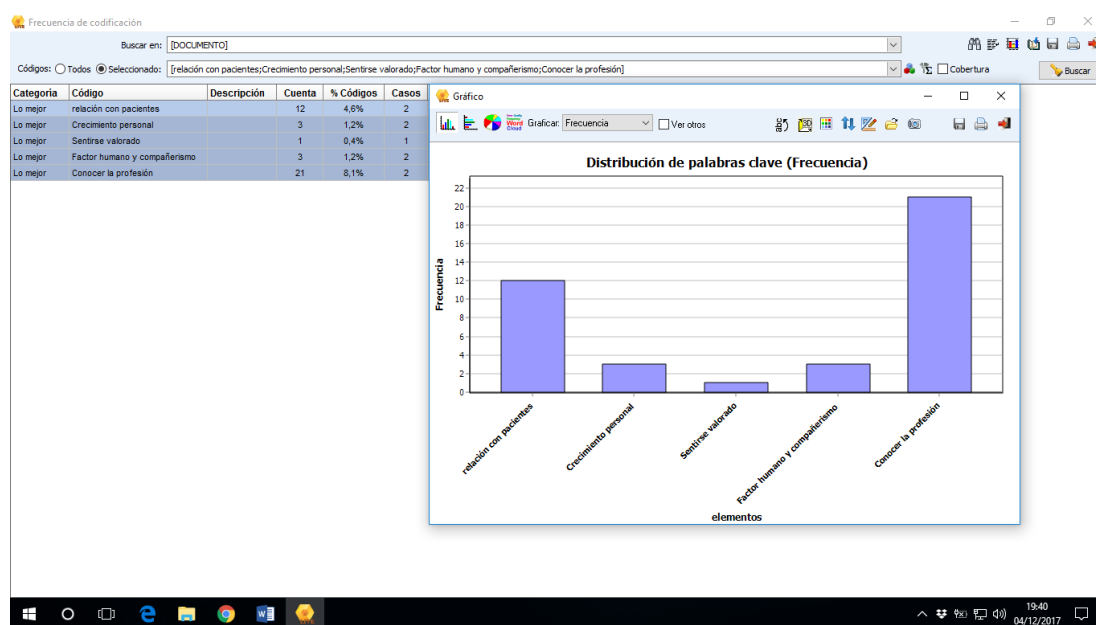


Figura 9. Lo mejor

4.4 Lo peor

También identifican claramente aquellos aspectos que califican como lo peor de sus prácticas y que se relacionan, por una parte, con la actitud de los profesionales asistenciales hacia ellos, y por otra, con el control de sus propias emociones negativas.

Las enfermeras que no quieren enseñar.

Lo que ellos llaman “las enfermeras que no quieren enseñar” se aprecia tanto en las entrevistas y grupos como en los informes reflexivos. Una vez más, en los informes surge de manera espontánea sin haber sido preguntados por este tema concreto.

P2.0: ... pues el mal trago que me han hecho pasar algunas enfermeras durante la práctica, que igual me han hecho no aprender más.

P2.02: ... pues eso, lo que han dicho, los malos días que te llevas, no solo por la enfermera que te toque sino por alguna historia que te haya tocado más.

La incertidumbre inicial.

Hacer frente a la incertidumbre inicial o enfrentarse a los cambios de servicio es también descrito por los estudiantes como lo peor de sus prácticas.

P4.02: El inicio, porque llegas y sabes que tienes que aprender donde están las cosas, ir a buscar todo...

P4.0: Más que estrés yo diría los nervios del primer día. No sabes lo que vas a encontrar, no sabes cómo va a ser... estrés la verdad...

P4.03: A mí empezar en una planta nueva. Pero luego, una vez que pasas esa semana ya... no sé.

P2.09: ... los primeros días estás como un pez y yo decía... como sea así el mes entero... yo no aguanto.

E1: Pues... los primeros días, sobre todo que llegas allí, que parece que se te ha olvidado toda la teoría, como que se te ha olvidado. Eso, sobre todo el sentirte, no saber qué hacer o que te pidan algo y no sabes dónde está... un poco esa descolocación cuando llegas, eso para mí es muy estresante.

E1: Muchas veces, igual llegas a un sitio y te encuentras un poco como perdida, igual nadie te lo explica, te encuentras ahí un poco como que te sientes molestando, no sé, como que estás ahí... y dices ahora qué hago, no sé, hay veces que... te sientes como que molestas...

E2: La fuente de estrés principal es cuando comienzas cada rotación, la fuente de estrés es el empezar a conocer gente, un nuevo tutor, unos nuevos compañeros, un nuevo servicio, unas nuevas acciones que hay que hacer, unos nuevos perfiles de trabajo, y...

E2: ...y estrés también es al final, justo cuando llega el final de mes, decir, jo después de lo bien que he estado volverme a cambiar, que por otro lado... ese es el lado negativo, ¿no?

Los días perdidos.

Los estudiantes, sobre todo en sus primeras prácticas, acuden con grandes ansias de aprender, de avanzar. Si no hacen nada nuevo de un día para otro, sienten el día como perdido.

P2.05. ... los días perdidos que te vas a casa mal y con ganas de llorar.

La escasa duración.

Mientras que los estudiantes de segundo curso valoran como muy escasas sus cuatro semanas de prácticas, los de cuarto, las valoran como escasas cuando lo relacionan a servicios nuevos donde pueda haber cosas distintas a lo ya conocido.

P2.02: Que sean tan cortas, pues cuando ya empiezas a coger soltura ya se acaban.

P2.07: Más tiempo de prácticas en segundo, porque solo hemos tenido 20 días.

P4.04: Que por los servicios por los que hemos pasado yo creo que ya estamos más seguros, pero claro, ahora te ponen en otra planta en la que no has estado y dices ¿y cómo lo harán aquí? O... sí que entonces, claro te gustaría pasar por todas... y otros programas informáticos, eso también...

E1: Sí, pero bueno los primeros días, luego ya sí que coges confianza. Igual también lo peor, pues no sé, que hay veces que, estás en una rotación y ya coges las prácticas y todo bien y ya justo se termina, o sea como que también igual el tiempo influye, si duran muy poco, entonces bueno, luego cambias...

El exceso de implicación personal.

Les preocupa el no saber establecer una distancia terapéutica con sus pacientes.

También se observa en los informes reflexivos.

P2.07: Me he implicado demasiado, bastante más de lo que quería.

En la figura 10 se puede observar como la incertidumbre inicial, junto con las enfermeras que no quieren enseñar son los aspectos que el alumnado define como lo peor de sus prácticas.

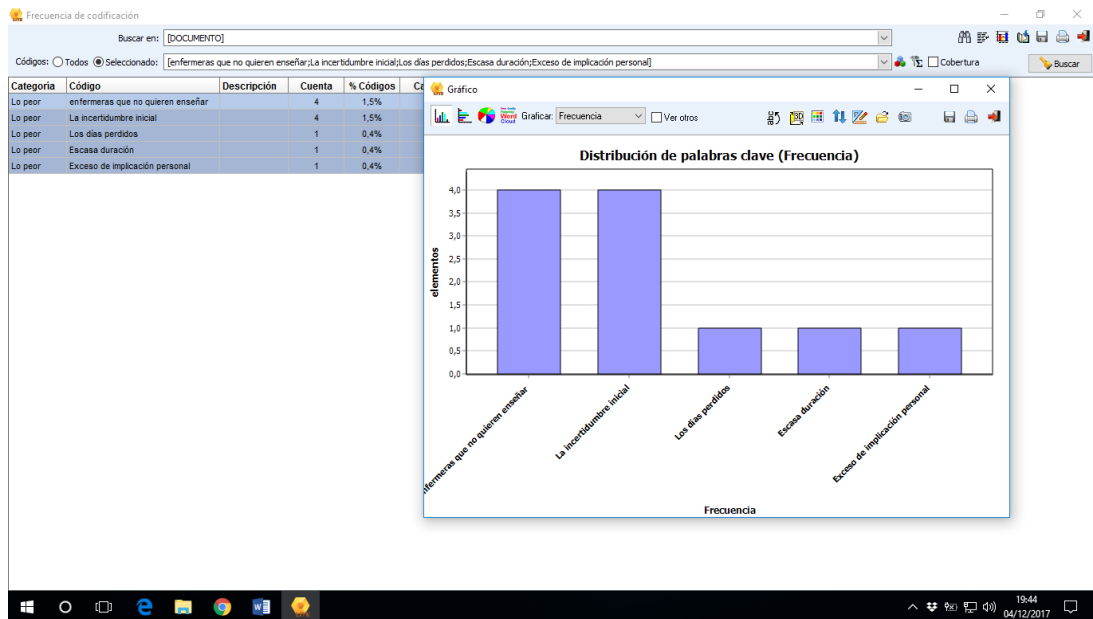


Figura 10. Lo peor

4.5 Fuentes de estrés

Preguntados por aquellos aspectos que más les estresan vuelven a aparecer aspectos que tienen que ver con las emociones negativas y con lo que consideran lo peor de las prácticas.

Con quien me toca hoy.

La incertidumbre de no saber con qué enfermera estarán asignados y el temor a que la relación con esa enfermera no sea el deseado, les resulta estresante.

P4.05: A veces cuando sabes con que enfermera vas a estar dices, madre mía qué día voy a pasar (risas).

P4.02: ...por lo demás... a mí personalmente la enfermera que me toque... si me quiere enseñar bien, si no, pues si pasa ella de ti, tú pasas de ella y a pasar el día y mañana otro día, ¿no?

P2.06: Yo el momento antes de saber con qué enfermera iba a pasar el día, porque yo iba a la planta y sabía que, si me tocaba una en concreto, decía, con esa no, con esa no, porque sabía que lo iba a pasar fatal y me iba a ir e iba a estar deprimida en casa...

P2.05: A mí me influyó mucho con quien te tocara estar ese día. La persona con que te toque pasar la mañana o la tarde influye mucho en cómo es tu día.

E1: Esa es otra fuente de estrés, por cierto, lo de encontrar buen ambiente, no sé, que muchas veces... estás pensando eso, que haya buen ambiente, que te acojan. Eso es otra fuente de estrés.

Sentirse maltratada.

Alguna estudiante incluso habla de sentirse maltratada en esa relación.

P2.05: Yo eso, que me hablasen mal, o que a veces, no sé, no hablarme mal pero sí que hay gente que te da una mala contestación por nada o... Yo había momentos que decía ¿qué he hecho mal? O, me pongo a llorar aquí mismo. A ver, no solo la enfermera, pues yo que sé, imagínate una auxiliar que tiene mil cosas que hacer y te dice ¿por qué no has hecho esto bla, bla, bla...?, pero eso, el hecho de que te pudiesen juzgar o hablar mal, el hecho de sentirte criticada más que... que estás ahí para aprender y, jolín, que no he hecho tampoco nada malo para ... Pero bueno, yo también entiendo que es el trabajo, que no todo el mundo tiene el día bueno. Pero bueno eso es lo que más...

Quedarse en blanco. No saber.

Y de nuevo aparece la preocupación por quedarse en blanco, por no saber actuar o no saber esta y a no saber responder a las preguntas de los pacientes.

P2.0: A mí me ponía nerviosa que te preguntaran para qué sirve una medicación o por qué están recibiendo tratamiento y no sabes responder porque se te ha olvidado o te quedas en blanco en ese momento...

P2.04: Por ejemplo, cuando te preguntaba algún paciente por qué esto y por qué lo otro y yo, bueno ahora vuelvo que voy a decírselo a la enfermera y entonces yo iba donde la enfermera, pero así de un lado para otro y esto y luego...

P2.07: Yo eso, el hacerlo mal, el fallar o lo que han dicho antes, que te pidan algo y no saber que es.

P2.08: Pero bueno, hacerlo mal, como estamos aprendiendo..., pero no saber, quedarte en blanco.

E1: Te sientes como que molestas, como, no sé... igual, igual eso es lo peor, esa sensación de igual no lo estoy haciendo bien, no sé, te quedas a veces ahí... a medias.

No controlar emociones.

Estrés por no conseguir el distanciamiento necesario para conseguir un afrontamiento eficaz.

P2.01: Y yo igual alguna situación en la que el paciente, no sé, pues que soy un poco llorica y a veces me daban ganas de llorar delante del paciente y no se puede (risas), entonces pues.... aguantar los sentimientos.

Destacamos en la figura 11 la relevancia que tiene sobre el estrés de los estudiantes el profesional colaborador asistencial que le acompañará en sus prácticas.

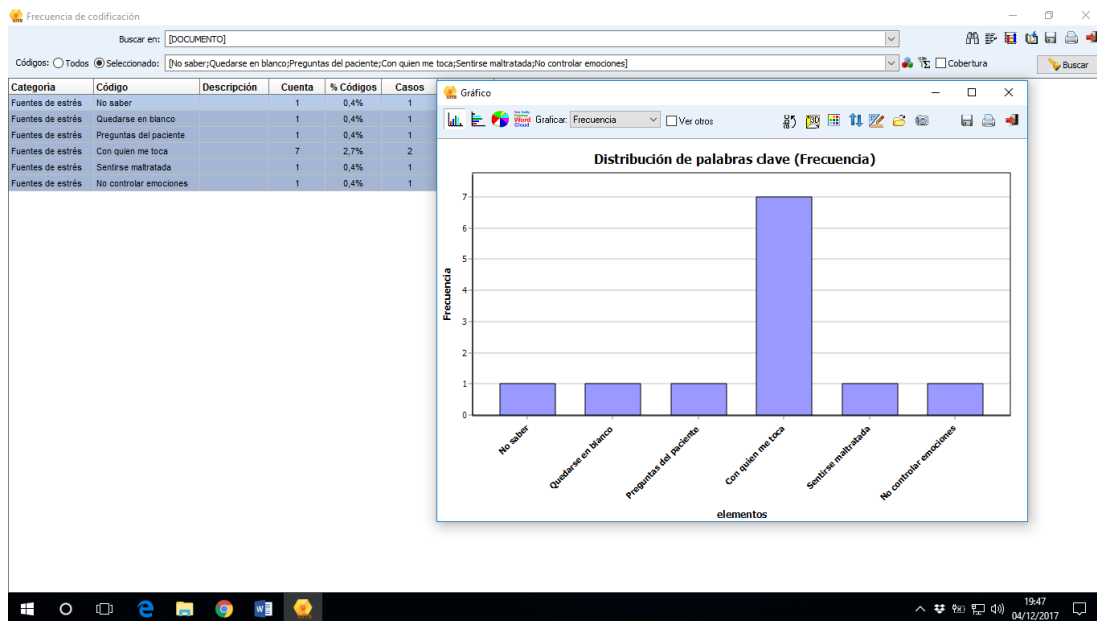


Figura 11. Fuentes de estrés

En las dos siguientes figuras, 12 y 13, se muestran aquellos aspectos relacionados con la satisfacción e insatisfacción de las prácticas.

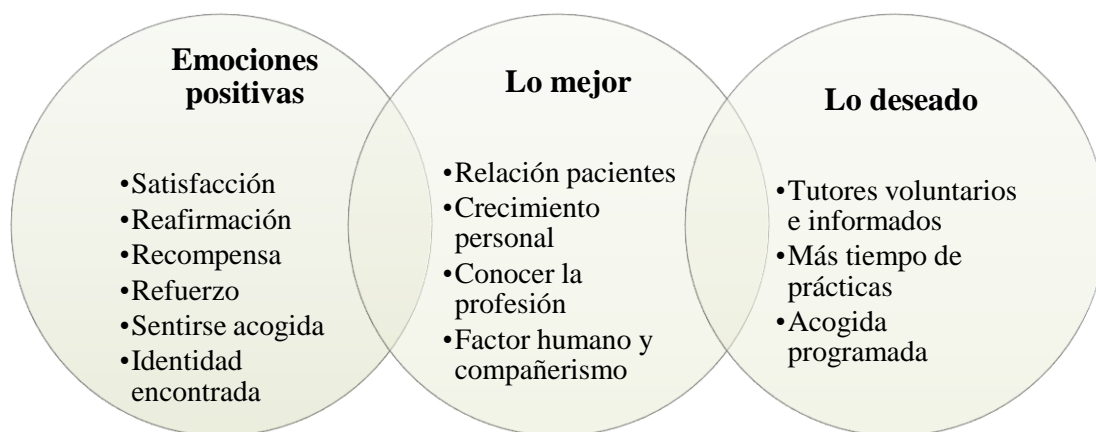


Figura 12. Códigos relacionados con los conceptos positivos y satisfactorios.

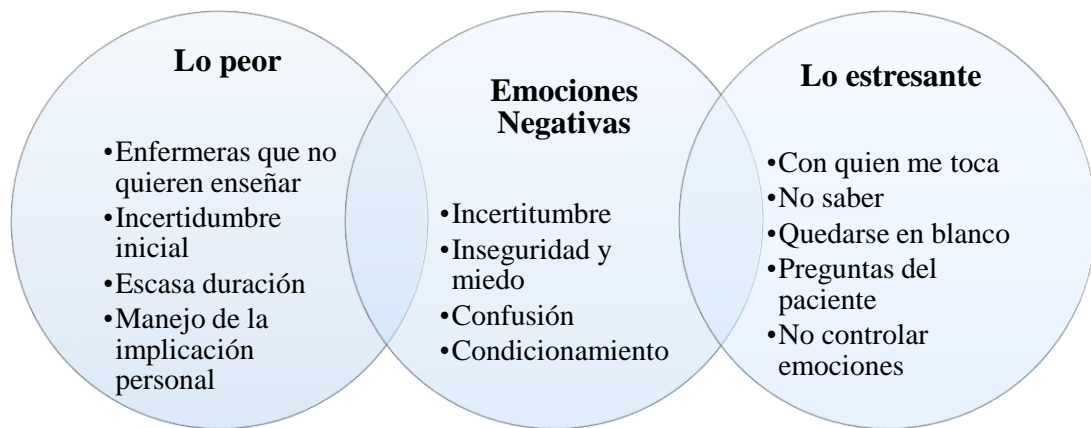


Figura 13. Códigos relacionados con los conceptos negativos e insatisfactorios.

4.6 La evaluación de los estudiantes

A lo largo de las entrevistas, aunque en ambos grupos preocupa la evaluación, sin embargo, no parece algo primordial. Quizás se deba a que los estudiantes del grupo de segundo están centrados en disfrutar de la experiencia y los de cuarto curso están a punto de finalizar sus estudios y su mente está en temas relacionados con su futuro inminente. Además, saben que las posibilidades de no superar las prácticas son más bien escasas.

El sentir del estudiante sobre la evaluación de las prácticas.

La mayoría creen que la evaluación está cargada de subjetividad por parte de los profesionales, o que no les evalúa la persona que mejor ha podido comprobar su evolución. No obstante, las opiniones son diversas.

P4.01: Yo pienso como R., es subjetividad total. En unas plantas te valora la supervisora, que no te ha visto, en otras sí que igual preguntan a las enfermeras y, sobre todo, que en ocasiones hay una diferencia de notas entre

unos y otros bestial, cuando no existe tanta diferencia, es imposible que exista una diferencia si todos hemos estudiado lo mismo. Más o menos todos somos iguales a la hora de las técnicas, con lo cual yo considero que es subjetiva y habría que cambiar la forma de evaluación.

P4.04: O igual preguntan a la enfermera con la que has estado un día y claro, ese día igual no es el día que lo has hecho todo muy bien. Sí que es cierto que, en una planta, la supervisora sí que estaba muy pendiente y te hacía preguntas, te preguntaba, te... esa sí, yo sí creo que esa es la única planta en la que la nota ha sido más real.

P4.05: Yo pienso que en la unidad X también es bastante real la nota, porque se pregunta mucho a las enfermeras. La supervisora, igual tú estabas haciendo una cosa y te dabas la vuelta y te estaba observando, o sea, yo pienso que en X también es una nota real. Pero bueno yo también pienso que eso es como lo quieran hacer... como en todos los sitios, depende del nivel de implicación que tenga cada uno.

P4.02: Al principio sí que estabas más... yo por lo menos más así... por tener una nota; pero ahora ya... por lo visto, que ponen las notas con una subjetividad... pero impresionante; así es que yo me preocupo de aprender todo lo que pueda y de la mejor manera de hacerlo; pero la nota final, con que me ponga un aprobado... Suelen... tampoco suele ser muy baja (la nota), pero... las tres personas (los alumnos en prácticas) la misma nota... y no suelen, en determinados ítems, no preguntan a las personas con las qué has estado tú para saber... como que se inventan la nota o no sé. Me parece muy subjetivo y en la nota final no sé si se refleja lo que has podido hacer, yo creo.

P2.05: Además, es que en el fondo te sientes que estás siendo evaluado constantemente, es que... hay una nota. Si no se toma una tensión, que es lo que dice B., que es como lo básico, o el entrar a una habitación sin más, dices si ya hago esto mal..., pues el día que tenga que hacer una cura dices, la lío seguro.

E2: Pues yo creo que, es que es un poco complicado, porque claro, nosotros estamos con las enfermeras que tienen ya bastante carga de trabajo, ellas son las que nos ven y las que mejor nos pueden evaluar, pero claro, o sea, yo entiendo que es una carga más, es añadir como una carga más en su trabajo, pero son ellas verdaderamente las que están todos los días con nosotros, entonces, yo pienso que ellas podían dar parte de la nota, bastante, porque es que los tutores no, realmente van a preguntarlas, o bueno, van a preguntar a los supervisores, no sé cómo va el proceso, y ya está, y cogen la nota de ahí un poco de lo que les digan, que igual lo que les dicen es, pues sí esta alumna es muy maja, esta alumna tal y ya está y pone la nota, pues un 10, maravillosa, es muy maja y simpática, ¿sabes?, pero igual las competencias no las llega a cumplir o así, pero... Es muy complicado.

Su opinión sobre los informes reflexivos.

Sí resulta llamativo el desconocimiento que demuestran sobre la utilidad y finalidad de los informes reflexivos. Es un tema que no sale de forma espontánea, sino que son preguntados de forma abierta. Sorprende el desconocimiento del grupo de segundo, máxime cuando todos ellos han realizado el informe.

P2.02: Yo no lo he hecho eso.

P2.04: Pero eso solo lo hicimos al final, ¿no?

P2.05: No pero también nos pidieron hacer un diario de cada día, de lo que habíamos hecho.

P2.08: Yo no lo he hecho eso.

P2.03: Bueno, para los medicamentos sí.

P2.05: Claro, yo por ejemplo había fármacos que los cargaba en 50 y otros en 100, por ejemplo, dices pues esto es tal pues tal. Eso viene bien, pero no como diario de hoy he hecho esto, hoy... (Hablan todas, hay confusión al respecto)

P2.07: Pero es que esto evalúa.

P2.06: A mí eso... hemos tenido muchas dudas sobre lo que había que hacer con eso, porque claro, a ti te pasan un test de lo que has hecho y lo que no has hecho (una tabla) y luego tu tenías que decir, más o menos lo que pensabas, cómo estamos aquí, pero ...

P2.03: Yo creo que eso sirve de guion porque como este año surgió la figura, ¿cómo se llama? el asociado clínico o no sé qué (que en nuestra planta vino la señora un día a decir hola que tal) ... Yo creo que eso le sirve de orientación para poder valorarte, porque como no han estado contigo el mes ese, entonces no saben si estás contento o estás triste o lo que sea..., yo creo que le sirve de orientación.

P2.02: Pero que te pongan nota con un diario reflexivo, que se supone que es para que expliques tu experiencia, simplemente, pues es que ponerme nota en base a mi experiencia, simplemente de lo que yo he sentido al hacer unas prácticas...

Los estudiantes de cuarto también se manifiestan en términos parecidos, pero por agotamiento de la herramienta como recurso de aprendizaje, aunque se le reconoce cierta utilidad.

P4.03: Me parece una pérdida de tiempo porque es todo el rato lo mismo, por lo menos si de un trabajo a otro van cambiando las cosas, vale.

P4.02: Ni para nosotros ni para ellos. El primero está bien y hacer la reflexión también, pero luego cada práctica un plan de cuidados lo veo una pérdida de tiempo muy grande.

P4.01: Yo diario reflexivo como tal no, pero hacer una reflexión sí que lo considero interesante porque resumes lo que has aprendido, lo que puedes mejorar, cómo trabaja el servicio, los fallos que detectas... eso sí.

P4.04: Porque siempre es, qué has aprendido hoy, qué te falta por aprender... Eso al principio, pues bien, pero ya cuando estás acabando las prácticas, yo creo que ya es muy repetitivo. La reflexión yo creo que está bien para lo que ha dicho M., ver cómo funciona la planta y todas esas cosas, pues igual sí le encuentras sentido.

P4.05: Yo pienso que está bien tener una reflexión, porque si no igual... a veces si no nos mandasen hacer una reflexión de lo que has aprendido, igual pasaríamos el mes sin pararnos a pensar, pues oye, qué haría mejor aquí. Yo creo que también está bien que nos obliguen un poco a pararnos a pensar ¿qué mejorarías de esta planta? ¿qué he hecho bien?, sobre todo ¿en qué puedo mejorar? porque hay tantas cosas que podemos mejorar todavía... que yo creo que es importante para progresar. A mí sí que me parece bien.

E1: Yo creo que sí, vamos, yo creo que sí porque te sirve. Me sirve a mí, por ejemplo, si yo veo digo, jo, pues yo creo que esto no, esto no lo he llegado a

conseguir o tal. Yo creo que sí. Pero lo que te digo, que luego para que te valoren, pues ya no lo sé. Pero sí, además sí que suele tener bastante peso, en los últimos años sí. Lo ponen como lo que más peso tiene, además yo creo que sí que tiene que estar.

E2: Es un papel que es igual para todas las rotaciones, porque te preguntan qué podrías aprender, qué podrías mejorar... y si tú quieres poner, he aprendido todo y no quiero mejorar nada...

E1: Pues a ver, yo... ahora que he tenido que hacer una, hace muy poquito, además, yo creo ahí te piden todo. O sea, si crees que has conseguido o has alcanzado las competencias que se han establecido anteriormente, si... cómo te has sentido, todo. Yo creo, no sé, en primer lugar que las competencias que nos ponen, muchas son poco objetivas, o sea..., que va a depender mucho de la subjetividad, digamos, de la enfermera con la que has estado y yo pienso que el diario reflexivo, puede ayudar en parte a ti para hacerte ver, pues, cómo has pasado todo el periodo de prácticas y bueno a los profesores... eso ya no sé cómo lo valorarán porque siempre ha sido como un tema ahí pendiente y un plan..., como que es muy poco objetivo valorar un diario reflexivo.

4.7 Cosas que cambiarían

Este también ha sido un dato solicitado en los grupos de discusión, observándose coincidencia entre ambos grupos, mientras que en informes reflexivos surge de manera espontánea. Las peticiones se relacionan con los tutores, el inicio y duración de prácticas, el sistema de evaluación y la acogida en los servicios asistenciales.

Tutores voluntarios e informados.

Es la primera petición que verbalizan. Desean profesionales comprometidos con su aprendizaje y continuidad durante las prácticas. Cabe resaltar que los estudiantes, tanto de segundo curso como de cuarto, tienden a llamar tutores a lo que la normativa denomina colaboradores clínicos, debido, probablemente, al mantenimiento del vocablo utilizado durante la etapa de Escuela Adscrita.

P2.02: Cambiaría, pues que al principio digan a los enfermeros ¿tú quieres tener un alumno?, si lo quieres tener te lo damos, si no, no. Porque para no enseñarle y que le tengas como un perro...

P4.02: Que la gente que quiera enseñar, que tenga alumno, que la gente que no quiera, que no se le asigne nadie... y ya está. Porque hay gente que no quiere y estás mal tú y mal ella.

E2: Sí, las que lo hacen voluntariamente son mucho más asequibles a nosotros, nos enseñan más que aquellos que van obligados.

P4.04: Pero que enseñar no signifique ir detrás de ella o hacerle lo que ... tráeme no sé qué, sino que te enseñe de verdad las cosas, que te las explique, aunque no te deje hacerlas, pero por lo menos que te lo explique.

P4.05: Yo estoy de acuerdo con P. Yo creo que ... aparte eso, que sean las personas que te enseñen las que te quieran enseñar, pues eso..., por lo menos que te expliquen, porque muchas veces...

P2.0: Si alguien no quiere enseñar que no enseñe y el cambiar de enfermera está muy bien, porque ves esa variedad de técnicas, de conocimientos, pero que por lo menos mantengas una enfermera tres o cuatro días porque ellas ven hasta donde llegas y vas a seguir ampliando, porque si no acabas dando lo básico 50 veces, en vez de ver...

E2: Cuando hacíamos las prácticas durante el Grado, pues tenía la sensación de que estabas ahí porque a la persona le obligaban, ¿no?, muchas veces eras como un estorbo y eso probablemente no ocurriría si la persona quisiera realmente hacerlo.

También expresan con claridad su deseo de que los tutores conozcan cuáles son sus objetivos, competencias y actividades que pueden llegar a realizar según la asignatura de prácticas que estén cursando.

P2.01: Que nosotros tenemos claro nuestras competencias hasta donde podemos llegar y eso, en las prácticas, yo creo que también lo tenían que tener claro las enfermeras. No por eso que estás pensando (se dirige a otra) sino porque llega un momento que te piden cosas que igual tú dices...

P2.03: No, pero también es una cosa que a mí me parece injusta porque, vale, se supone que no se puede hacer, todo el mundo lo ha hecho (responde una: no), bueno o la mayoría de gente lo ha hecho, ¿por qué unos tanto y otros tan poco? ¿No se puede o no se puede o se puede? Aparte de lo que ha dicho L. de que el que quiera tener alumno que lo tenga...

P4.04: Ya, ahora que están... al estar el profesor asociado, como que se han desentendido mucho, ¿no?, bueno desde mi punto de vista, como que no se implican tanto. (Pausa larga) Eso, si funciona bien la figura del profesor asociado pues entonces bien, pero si tampoco se implican ellos...

Más tiempo de prácticas.

Ampliar las prácticas es algo que manifiestan como aspecto mejorable en coherencia con su apreciación de corta duración cuando enumeran las cosas peores de las

prácticas. Como se ha dicho anteriormente, los de segundo curso solo han hecho sus primeras cuatro semanas y están viviendo la experiencia por primera vez. Los de cuarto curso vinculan solo la ampliación a determinados servicios y a su posible inmediatez asumiendo responsabilidades como profesionales.

P2.02: Sí que me gustaría que fuesen un poco más largas, por eso, porque cuando ya has cogido ahí el arranque...

E1: Bueno algunos servicios igual sí porque cuando ya te sueltas, digamos así en la práctica, pues ya te tienes que ir, entonces pues...

P4.05: Pero cómo que nunca son suficientes, nunca podemos dejar de aprender... Yo, claro que las aumentaría, entiendo que son cuatro años y tenemos que dar cosas teóricas, pero bueno.

P4.04: Que por los servicios por los que hemos pasado yo creo que ya estamos más seguros, pero claro, ahora te ponen en otra planta en la que no has estado y dices ¿y cómo lo harán aquí? O... sí que entonces, claro te gustaría pasar por todas...

P4.01: Yo no las aumentaría, sino que cambiaría un poco la distribución. Yo creo que pasamos demasiado tiempo en plantas de hospitalización donde el trabajo yo creo que es sistemático y ya sabes cómo va, y mucho menos en Urgencias y UCI. Y yo, por ejemplo, si me veo en un caso de un ingreso en Urgencias, yo no sé cómo actuar, sinceramente, porque hay, había tres enfermeras y no daban abasto, yo me imagino que este verano si me dan la oportunidad de trabajar allí me sentiría totalmente perdido. Igual en urgencias te llega un caso de RCP y no hemos pasado el tiempo suficiente para saber cómo actuar, yo creo que esos dos servicios habría que ampliar bastante más el tiempo de rotación.

P4.05: Yo es que, a mí, mi opinión es que, en UCI, bueno yo personalmente creo que en un mes he aprendido más de lo que pude aprender en el resto de rotaciones, claro, pero porque también tiene muchísimo, entonces pues sí, aumentaría el tiempo igual en estas (unidades) más específicas, pero es que también todo es importante, tampoco te diría que reducir.

E1: Por ejemplo, yo igual ampliaría el servicio en urgencias, pues eso, porque pasamos no sé si fueron tres semanas o así y entre una cosa y otra, pues cuando ya te manejas ya te tienes que ir, sí. Y luego pues, así en algún otro servicio..., en algún servicio especial más, igual porque para mí son los más complicados. Pero vamos, por lo demás sí que suelen durar más o menos un mes, quitando los Centros de Salud que sí son dos meses y yo creo que se queda bastante bien, pues es lo que digo, con dos meses yo ya aquí en el centro de salud sí que he estado bien, sí que lo he aprendido todo. Igual en otros lados con un mes te quedas un poco a medias.

Cambiar el sistema de evaluación.

Este tema, de forma global, solo aparece en las entrevistas, aunque se reconocen las dificultades para encontrar el mecanismo ideal, si bien casi siempre se vincula con el carácter voluntario de los colaboradores clínicos.

E1: Pues yo cambiaría igual, el método de evaluación, porque, lo que dices, los tutores (asociados clínicos), yo casi no les he visto en el ámbito de las prácticas; lo que es el portafolio, que es gran parte de la evaluación y tampoco sabemos si es cien por cien objetivo, porque claro, sí que hay una parte que es un caso clínico, que eso es lo que es, pero bueno hay otra parte que es bastante subjetiva.

E1: Es que es un poco complicado, porque claro, nosotros estamos con las enfermeras, que tienen ya bastante carga de trabajo, ellas son las que nos ven y las que mejor nos pueden evaluar, pero claro, o sea, yo entiendo que es una carga más, es añadir como una carga más en su trabajo, pero son ellas verdaderamente las que están todos los días con nosotros, entonces, yo pienso que ellas podían dar parte de la nota, bastante, porque es que los tutores (académicos y asociados) no, realmente van a preguntarlas, o bueno, van a preguntar a los supervisores, no sé cómo va el proceso, y ya está, y cogen la nota de ahí un poco de lo que les digan, que igual lo que les dicen es, pues sí esta alumna es muy maja, esta alumna tal y ya está y pone la nota pues un 10, maravillosa, es muy maja y simpática, ¿sabes?, pero igual las competencias no las llega a cumplir o así, pero... Es muy complicado

E2: Entonces tenemos compañeros y figuras y referentes en sus servicios que son muy buenos a ese nivel pero que a nivel de docencia no lo son, con lo cual la persona que caiga con ese tutor pues lo va a pasar mal, con lo cual al final yo creo que un sistema en el que se valoren todos esos conceptos de quien quiere y quien puede, sería lo más adecuado.

Prácticas en primer curso.

En ambos grupos se hace alusión al inicio de prácticas en primer curso, pero como forma de romper la monotonía de todo un curso con asignaturas teóricas donde, además, se incluyen fundamentalmente las de carácter básico en ciencias de la salud, y en menor medida las específicas de Enfermería.

P4.04: Yo igual, yo incluso creo que tenía que haber prácticas incluso en primero, tendría que haber algo... empezar antes. Sí porque en primero das

tanto “general” que no te centras en Enfermería y con las prácticas es como más cuenta te das de cómo vas a trabajar y de cómo es la Enfermería.

P2.01: Para mejorar las prácticas propondría empezar a hacer las prácticas en primero.

Acogida programada.

También en coherencia con la incertidumbre, motivo de estrés antes de iniciar las prácticas, proponen acogidas programadas.

P2.07: Propondría que unos días antes de empezar en la planta que nos dijeran un poco como se organizan, como te vas a encontrar a los pacientes y un poco cosas generales que llevan ahí.

En la figura 14 se observa la importancia que los estudiantes otorgan al hecho de tener tutores voluntarios e informados y a la mayor duración de las prácticas.

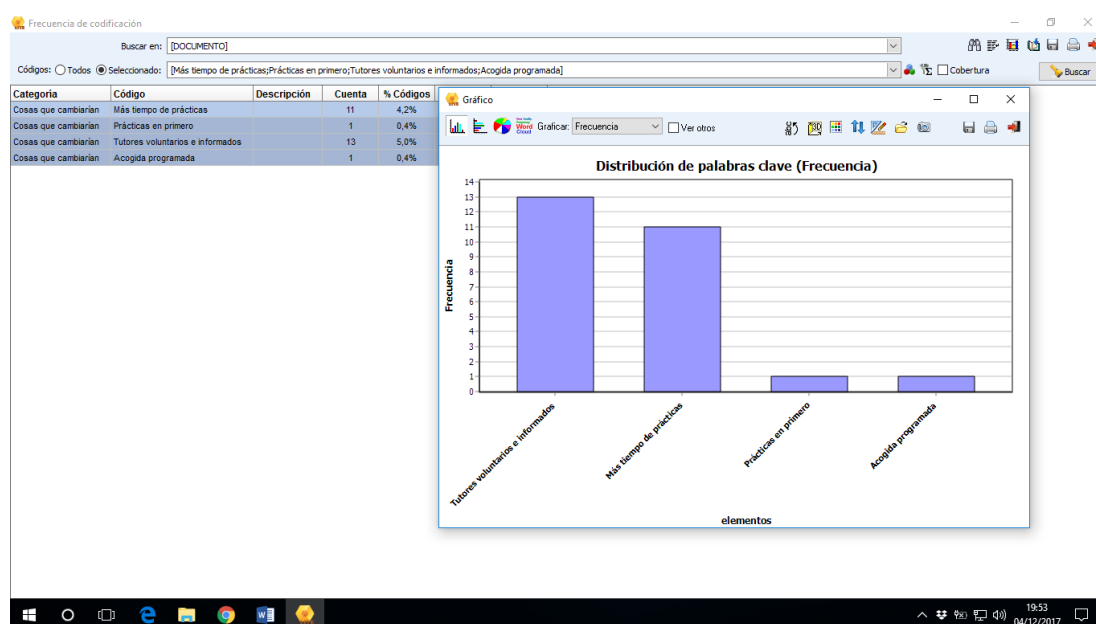


Figura 14. Cosas que cambiarían

4.8 Variabilidad de los profesionales

Nos centramos a continuación en las percepciones e interpretaciones del estudiante sobre la variabilidad en la práctica asistencial de las enfermeras, tema central de este trabajo. Nos interesa resaltar que este concepto ha aparecido de forma espontánea en los grupos de discusión, en las entrevistas y en los informes reflexivos. Lo que ellos han mencionado con más frecuencia ha sido la variabilidad en la ejecución de técnicas y procedimientos, la variabilidad en el trato con los pacientes y familias y la variabilidad en el trato con los estudiantes. En sus discursos aparecen elementos que podríamos catalogar como factores asociados a esa variabilidad. Para conocer la variabilidad en el uso de protocolos, y de la evidencia científica hemos tenido que preguntar, al igual que en el uso del proceso de enfermería.

En la figura 15 representamos las diferentes dimensiones en las que se han agrupado los códigos relacionados con la variabilidad de los profesionales.

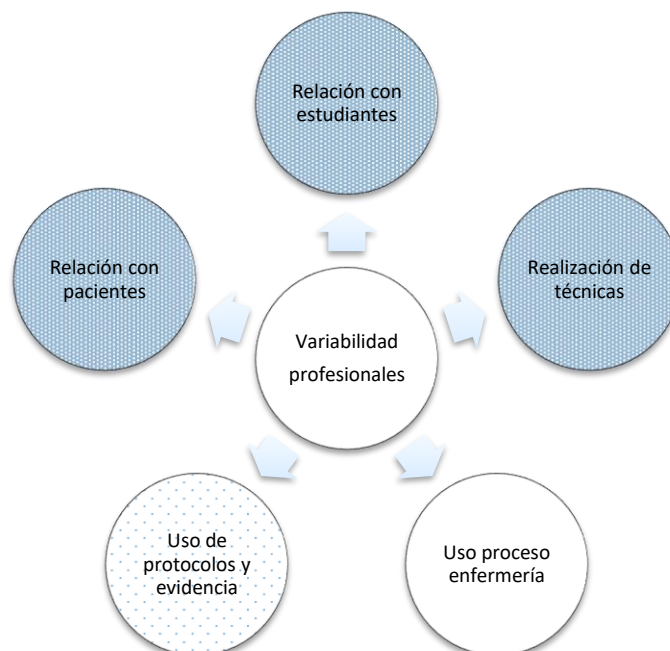


Figura 15. Dimensiones de la variabilidad observada por los estudiantes.

Los aspectos con mayor intensidad de relleno muestran la variabilidad que se observa y se verbaliza sin ser preguntados al respecto, es decir, surge de manera espontánea en su discurso, mientras que los de menor intensidad son aspectos que solamente se verbalizan cuando se les pide expresamente que digan su opinión.

En su relación con los estudiantes.

Casi de manera simultánea se pone en evidencia las diferentes formas en que los profesionales establecen su relación con los estudiantes. Personas que te enseñan, personas que te controlan, personas que en cierto modo te ignoran... En sus verbalizaciones describen la enfermera ideal para los alumnos: que le guste su profesión, que sepa y quiera enseñar.

P2.02: Y hay gente que te enseña, tiene diez minutos.... Tienes la enfermera que te dice ¿no tienes nada que hacer?, que es una frase como... Y hay gente que tenía cinco minutos que no había que hacer nada y te decía, pues mira vamos a ver esto.

P2.0: ... o sea que yo creo que la enfermera que tiene que tener alumno le tiene que gustar enseñar, que no porque seas enfermera se te tiene que dar bien enseñar. Puedes ser una maravillosa enfermera y ser fatal enseñando, aunque hagas todo perfecto, pero igual no sabe explicarte como lo tienes que hacer.

P2.05: Yo... además de saber enseñar es el querer, pues no sabes te esfuerzas y yo que sé, también se nota, pero cuando no quieres...Yo que sé, a mí me ha llegado a pasar de pasarme la mañana persiguiendo a una persona literalmente como si no existiese (interrumpen varios afirmando).

P2.02: Yo creo que más que que sepan enseñar, porque hay gente que puede tener más conocimientos, es el hecho de que te transmitan que te guste hacer

eso, porque es muy diferente tú ir con una persona que hace... Yo, por ejemplo, he tenido enfermeras que decían es que no sé qué explicarte, pero te transmitían que es un trabajo que si te gusta no te cuesta, bueno no es que no te cueste, a todo el mundo le cuesta ir a trabajar, pero es muy satisfactorio. Y si por el contrario te transmiten aburrimiento... otro día a trabajar.

E1: Y luego también el compañerismo con, por ejemplo, con otras categorías profesionales, con auxiliares o así también había mucha diferencia de unas a otras. O sea, había enfermeras que hacían, por ejemplo, las higienes, ayudaban en todo a los auxiliares y otras, pues que hacían sus funciones, las más y ya está. O sea, sí que había mucha diferencia también

Y aunque buscan lo positivo en esa variabilidad, valorándolo como un abanico de actuaciones que les permite comparar y elegir, ven en ello un coste y un desgaste personal.

P4.05: Sí bueno, yo opino que también tenemos la suerte de que como vemos a tantas enfermeras distintas, podemos coger un poco lo que nos gusta, bueno lo que creemos que es mejor, pero sí que es cierto que yo muchas veces, en las prácticas me he sentido mal porque un día te enseñan a hacer cierta cosa de una manera y al día siguiente la haces como te han enseñado y esta enfermera te echa la bronca por hacerlo así y es lo mismo exactamente. Claro tenemos la suerte de poder comparar y coger lo que creemos que está mejor, pero a la vez también te sientes un poco mal.

Asumen que el comportamiento de la enfermera condiciona su propio comportamiento.

P4.05: Claro y nosotros como alumnos nos vemos... está muy relacionado con cómo quiere hacerlo la enfermera con la que te toca estar ese día, porque si ella quiere hacer cierta cosa no puedes ir tú a la habitación cuando te dé la gana, porque te va a decir algo. Bueno yo de hecho alguna vez me he quedado hablando un poco más y te dice ¿dónde estabas? Claro estás un poco... también... tienes que estar con la enfermera con la que te ha tocado y no puedes hacer.... Bueno sí que tenemos autonomía, y sobre todo en este curso yo noto que tenemos más autonomía, bastante más, pero claro somos alumnos y no podemos hacer tampoco todo sin una vigilancia.

E1: Claro y también les sienta mal que... igual que un alumno venga y les diga, pues es que nos han enseñado en clase de esta manera y no les sienta muy bien que se lo digas. Pero bueno, pero luego hay otras personas que sí, que... pues leen los artículos científicos y te dicen pues mira hace poco salió este estudio y...

E1: He visto la postura de, yo soy la que sé (sabe) y tú eres la que estás aprendiendo y haces como yo te lo digo y luego también he visto la otra. He visto otra postura que, incluso, eso como que estamos las dos aprendiendo. Entre que ella decía una cosa y yo decía otra, y al final pues entre las dos aprendíamos otra manera de hacerlo nuevo o..., sí también he visto esa postura. En gente joven que, sobre todo, empatiza mucho y, vamos, es que, además, recuerdan su época de prácticas y, claro, se ponen en nuestro lugar, gracias a Dios. Yo creo que más que te consulten es que te piden tu opinión acerca de ciertos temas que sean más actuales y que ellas igual ya no tienen la evidencia científica, pero no que te pregunten porque no saben, sino que piden tu opinión.

Con el tiempo, los estudiantes son más conscientes del modelo que supone para ellos el profesional con el que hacen prácticas y evidencian la trascendencia y necesidad de que sea un buen profesional quien se ocupe de guiarlos en esas primeras prácticas.

E2: Y cuando eres alumno de Grado, pues todo lo que hace el profesional para ti es muy bueno, ¿no? ni siquiera evalúas ni si hay evidencia en los cuidados, no sé cómo decir, que te diga simplemente se hace así, para ti es suficiente. Quizás ahora el se hace así no es suficiente, buscas el porqué se hace así, tampoco te sirve el siempre se ha hecho así.

E2: Y en tus primeros trabajos es donde es necesaria la práctica y muchas veces lo que aprendes, lo aprendes por imitación, es un modelo de observación, entonces depende de quién tengas en los primeros trabajos de modelo, pues así vas a ser tú.

En su relación con los pacientes.

En su discurso ponen de manifiesto la diferente forma de relacionarse las enfermeras con pacientes y familias. Identifican comportamientos como no deseables, y, por tanto, a no imitar y comportamientos deseables que les gustaría asumir.

E1: Las que he visto normalmente sí, todas (las enfermeras) se presentan y si yo por lo que sea no me puedo presentar, me presentan a mí también, o sea que por lo general sí.

P2.05: Yo he visto a enfermeras entrar en la habitación y no decir ni hola. (Silencio) Yo pensé que eso solo... o sea yo siempre quería hacer Enfermería, pero me he dado cuenta de que quiero hacer más enfermería y menos medicina, por el trato. Pero he visto también enfermeras de entrar y, cómo voy a cambiar solo un suero pues no digo ni hola.

P2.08: Entonces igual, que también depende del día que le pilles a la enfermera, que, si un día igual está majísima con todos los pacientes, está veinte minutos en cada habitación hablando con ellos, pero hay otros días que igual no tiene tiempo y no puede y les tiene que decir hola buenos días y ya.

P2.06: Y hacerles cosas sin hablarles (ininteligible). A mí es que eso me ponía mala, yo me iba al lado de su cabeza a hablarle, porque es que ya me siento mal porque no me puedo cuidar a mí misma, suficiente mal lo tienes que pasar, que no eres capaz de hacértelo tú mismo, como para que te lo hagan hablando de la hipoteca de su vivienda... pues es que estás al lado de una persona, háblalo en el café. Es que parecemos verduleras...

P4.03: No sé, a veces un paciente te pregunta una cosa, le quieres contestar y a lo mejor te dice la enfermera, pasa de él y ya está, y coge y se marcha. Y eso en planta, en consulta no, pero en planta yo lo he visto muchísimas veces.

E2. Pero está claro que, en el trato, el trato es desde una persona que entra a la habitación, se presenta yo voy a ser su enfermera hasta personas que se salen del hospital y te dicen que no saben si han tenido enfermera o no. Pues entonces, desde luego yo no soy, no tengo esos conocimientos para saber cómo se podría mejorar eso no, pero sí que es cierto que el trato es muy, muy diferente, es diferente.

A veces asocian esa diferencia de relación con el paciente a los servicios, observando comportamientos distintos entre las unidades de cuidados críticos, las unidades de hospitalización y los centros de salud.

P4.01: Yo en consulta de Atención Primaria sí que he percibido eso, que se implica a la persona en el cuidado, porque quizás solo tienes un paciente

atendido al mismo tiempo, pero en una planta, que igual das dos o tres altas seguidas, pues te dice, aquí tiene sus recomendaciones, hágales caso y si tiene alguna duda, acuda a su centro de atención primaria y allí ya le explican a conciencia lo que tiene que hacer.

P4.0: Pero, por ejemplo, lo que dicen de la comunicación, yo lo he desarrollado en el Centro de Salud. En Urgencias allí era pim pam pim pam, uno, otro, siguiente... y en la UCI... pues... con los familiares casi nada, porque era justo el tiempo de descanso, y con los pacientes como estaban así..., pues nada, y en planta, bueno pues sí, algo más con la familia y tal. Pero donde más la comunicación y cuando más te relacionas con los pacientes y con las familias, yo creo que es en los Centros de Salud.

E2: En los servicios de urgencias, servicios de UCI y servicios de cuidados críticos, los profesionales no están acostumbrados a tratar con la familia, no están preparados para responder ciertas preguntas, para aceptar ciertos comentarios... Son servicios muy técnicos y que cualquier... Yo con mi visión de Primaria, cualquier mínimo cuidado que a ese paciente se le dé, el paciente se lo toma, primero como una sorpresa...

Pero fundamentalmente asocian las diferencias en el trato con los pacientes a la personalidad o el carácter del profesional.

E2: Pero está claro que, en el trato, el trato es, desde una persona que entra a la habitación, se presenta, yo voy a ser su enfermera, hasta personas que se van del hospital y te dicen que no saben si han tenido enfermera o no. Pues entonces, desde luego yo no soy, no tengo esos conocimientos para saber cómo

se podría mejorar eso ¿no?, pero sí que es cierto que el trato es muy, muy diferente, es diferente.

E2: Al final no te fijas mucho si coge pellizco, si no coge pellizco, si aspira, si no aspira, sino ¿le ha dado un trato de calidad al paciente?

E1: Pues entre enfermeras, claro, el trato con el paciente, pero eso yo creo que igual depende de la personalidad de cada uno. No lo sé por qué, eso entre enfermeras sí que había, sí que había mucha variabilidad dentro de una misma unidad ¿sabes? o sea que sí.

P4.04: Bueno, lo del protocolo que dice M. sí que es verdad, pero en cuanto a técnicas y procedimientos y tal, porque en cuanto a la relación enfermera-paciente, eso, por mucho protocolo que haya, va a depender mucho de cada persona y ahí sí que se nota la enfermera que se implica y la que no.

En la realización de técnicas.

Es lo primero que advierten y verbalizan. Que las técnicas, tanto terapéuticas como diagnósticas, son ejecutadas con gran variabilidad por parte de los profesionales. Y les preocupa, porque están verdaderamente ávidos de realizarlas ellos mismos. No solo quieren realizarla, sino hacerlo bien a los ojos del observador, por eso la variabilidad va en su contra. No obstante, en ocasiones incluso lo ven normal y hasta piensan que puede ser ventajoso.

P2.06: Uno pellizca, otro sin pellizcar, el uno así, el otro así, el otro lo deja cinco segundos, el otro lo quita nada más (inyectar)... Yo vi cinco formas de poner la insulina en el brazo en una semana y era el mismo paciente, además, pero cada día me tocó con una enfermera y dije, a ver cuál de todas es la que..., porque esto no es que me guste más o me guste menos, es que habrá una forma

que sea bien o dos y alguna que esté mal, no creo que se pueda poner la insulina de cinco formas en el brazo.

P2.04: Sí, pero en parte L. también tiene razón, que también es verdad que hay diferentes formas de hacer las cosas, de trabajar... Cada una tiene su lado bueno...

P2.05: Claro pero el problema es que yo creo que hoy la mejor manera de hacer esto es así y mañana es asao, pasado mañana es como el primer día... (interrupciones).

P4.03: Lo malo es que vas a una planta, te enseñan de una manera, te acaban volviendo loco unas enfermeras y otras, porque al final ya no sabes, unas te dicen se hace así, se hace así y llega otra, así no se hace, y ya no sé cómo se hacen las cosas en realidad.

P4.01: (Ininteligible) sobre todo en las primeras prácticas, que llegas un día, al siguiente lo hacen de forma contraria... y te vas a casa diciendo ¿qué hago? ¿dónde me he metido?...

P4.02: A mí me gustaría que me dijese como se tiene que hacer de la forma adecuada, el protocolo que haya y luego ya cómo lo hace cada una, y tú, a partir del protocolo lo vas haciendo como te salga, pero con un protocolo que diga, se hace así y así tiene que hacerse: estéril, no estéril. O no sé, algo así.

P4.03: Hay unos enfermeros que sí, que hacen las cosas como nos enseñan y otras veces que ni se asemeja...

P4.01: Claro, las primeras prácticas te dicen que de una forma es más correcta que otra, pues no te sientes seguro. Quizá no aprendes la forma correcta de hacerlo y por lo tanto no asientas esa técnica, ese conocimiento.

E1: Sí, sí, sí, se comenta bastante (entre compañeros), porque sí que comentamos. Pues yo pongo las vías de una manera, ¿no? y ellos te dicen de otra y... pues llegas a la conclusión de que cada una lo pone de una manera y no sabes del todo cual es la que está del todo bien.

E1: Sí, bastante. De unas a otras, sí. O sea que igual un día que una persona me diga pues mira esto se hace así, al día siguiente yo hacerlo así, y que otra persona me diga que no, que se hace de otra manera ¿sabes? y muchas veces preguntas ¿por qué? Igual te dicen pues porque siempre se ha hecho así o no había razones. Y sí, he visto mucha variabilidad, en las técnicas y en todo, sí. Y eso también me genera estrés, la verdad que sí.

Con el tiempo la preocupación por la variabilidad en la ejecución de técnicas se desplaza hacia la variabilidad en el trato integral del paciente.

E2: Reflexionando sobre ello es como... al principio te importan las técnicas, ¿no?, pues hoy he cogido una vía en prácticas, hoy he puesto una inyección intramuscular... Cuando evolucionas te importa..., que a lo mejor das menos importancia a la subcutánea, sino que... das más importancia al trato, ¿no?

En el uso del proceso enfermero.

Esta palabra como tal, no surge en el transcurso del grupo de discusión de segundo curso, aunque han sido invitados a la reflexión sobre este concepto en el informe reflexivo. Se comentan más adelante sus percepciones. En el grupo de cuarto se mencionan alguna de sus fases y solo cuando son preguntados verbalizan lo que opinan al respecto.

P4.04: Lo de aplicar los conocimientos, pues bueno... todos no, todo el proceso de valoración, todo lo enfermero, yo creo que en muchas plantas no se hace, bueno depende de enfermeras también, pero donde más yo creo que sí se hace es en el Centro de Salud, donde aplicas todo, toda la valoración enfermera, todo el proceso enfermero.

E1: Pues algunas personas con las que yo he estado, sí. Algunas personas sí que dicen mira pues vamos a empezar este trabajo, vamos a empezar con la valoración..., incluso te lo cuentan. Pero hay otras personas que no, o sea, había mucha variabilidad también en ello, sí que influía la edad, pues las personas mayores no..., solo se centraban en lo que había que hacer y ya, pero la mayoría, yo creo que no son conscientes.

Sin embargo, reconocen que han recibido formación y se les han pedido trabajos en los que han aplicado el proceso, incluso lo ven como una secuencia lógica, pero no se piensa en ello en la práctica.

E1: Pues la verdad es que yo siempre que he hecho algún trabajo escrito, siempre me refiero al proceso enfermero, porque yo creo que son los pasos que, en la mente, o sea, a la hora de la práctica luego es lo que menos estás pensando, pero es que luego en el fondo dices que sí que se cumple, lo que (pasa es que) no lo sabes... Luego cuando quieres plasmar un caso clínico o lo que sea, te has dado cuenta que has tenido que seguir esos pasos, aunque no seas consciente. Pero también pienso eso, que igual el programa informático o el tiempo, pues hace que no, o sea, impide igual ver el proceso enfermero en la práctica.

En el uso de protocolos.

Sobre este tema se profundiza más en el grupo de cuarto curso. Opinan que facilitan el trabajo, pero observan variabilidad en el uso entre unos profesionales y otros, incluso mencionan la necesidad de cierto control por parte de los líderes o responsables de las unidades.

P4.01: Yo creo que eso a mí sí que me parece terrible de las prácticas, que en cada servicio al que vas te deberían de dar los protocolos, explicar dónde están los materiales, cómo se estructura el almacén... porque a mí a veces, en situación de una urgencia, he llegado el primer día a una planta y te dicen trae del almacén no sé qué y no tienes absolutamente ni idea de donde están las cosas.

P4.05: Yo creo que sí, que deberían darnos los protocolos pero que al mismo tiempo ellos deberían leérselos, porque, por ejemplo, yo en la planta X me leí el protocolo porque me lo dijo la supervisora, estoy de acuerdo, me lo leí, pero si luego las enfermeras hacen lo que quieren, pues ¿para qué me lo voy a leer yo? ¿no? Bueno obviamente para mi conocimiento personal está muy bien, pero si luego das un consejo y la enfermera con la que estoy dice que no está bien el consejo que estoy dando...para ella.

P4.02: Y en alguna planta, pero te dicen está ahí en esas... con esos libros en esa estantería..., Pero en X sí que es cierto que, que puede parecer más carga, no sé, ir a cargar un medicamento y que te digan ahí tienes el protocolo, míralo tú y resulta más pesado hacerlo, pero yo creo que, si lo haces así, es la forma de aprenderlo, de hacerlo bien.

P4.05: Yo mi experiencia es que también esa variabilidad depende mucho de si en esa unidad se exigen el uso de los protocolos. Por ejemplo, en X seguían

los protocolos mucho más que en otros sitios, por lo tanto, había poca variabilidad. ¿Por qué? porque tiene que ser así y el 99% lo hacen, yo mi experiencia es esa. La variabilidad es menor si se siguen los protocolos de la unidad, porque por las plantas, entre comillas, es cosa de cada uno. Si se exige por parte de las personas que llevan la coordinación de la planta o de la unidad, si se exige que sea así, yo creo que ahí disminuye la variabilidad.

P4.05: Y con seguridad, porque sabes que está bien hecho y es como hay que hacerlo. Tienes el protocolo delante y dices: lo estoy haciendo como hay que hacerlo.

P2.03: A ver yo en tema... en tema protocolos, pues no sé, de cuando se ingresa un paciente y eso, eso sí que se lleva como lo hemos estudiado. Se supone que es lo que hay ahora vigente y se supone que debe... pero sí que es verdad, pues lo que decía L., que cuando son enfermeras que llevan 30 años, 40 años, pues yo que sé.

E1: En unos servicios sí que se sigue más los protocolos que en otros, igual en otros, pues... no hacen el alta y en otros servicios es todo muy a raja tabla, pues a esta hora se hace tal, la siguiente tal..., sí que lo tienen sí.

En la búsqueda de la evidencia.

El uso de la evidencia para guiar la práctica solo se habla de ello cuando se pregunta. De nuevo son los estudiantes de cuarto o las entrevistas los que han realizado observaciones sobre ello o son capaces de reflexionar.

P4.05: Yo eso lo he notado sobre todo en centro de salud. Pasé una semana con la matrona, ella personalmente era todo basado en la evidencia, la verdad es que era un ejemplo de eso, todo, les pasaba a las mujeres un montón de

artículos y luego también todo lo de las vacunas. También había una preocupación personal por buscar todo, sabía los protocolos que están en la cartera (de servicios) ... Yo en el centro de salud sí que he percibido bastante implicación en buscar lo que está bien.

P4.02: Si es algo muy nuevo, se molesta alguna en buscarlo y luego se lo explica a las demás y cada una lo hace y le vuelve a preguntar a ella. Como que mandan a alguien y ese alguien se lo resume y luego ya iban sacando, no sé.

E2: En lo de la evidencia sí que la gente todavía le cuesta reconocer que su trabajo, aunque siempre se haya hecho así, a lo mejor no es lo mejor. Entonces eso sí que es complicado, yo creo, en ese sentido si he encontrado profesionales que se basan más en su experiencia y en su práctica que en los... la evidencia en los cuidados.

Cómo repercute en los pacientes.

Es otro de los aspectos que requiere pregunta directa ya que no surge de manera espontánea. Sus comentarios son coherentes con los aspectos en los que ellos observan más claramente la variabilidad, es decir, la ejecución de técnicas. En este sentido opinan que no hay repercusiones negativas para los pacientes ya que al final se consigue el objetivo (realizar la técnica). En el grupo de cuarto coinciden con la no trascendencia en cuanto a la aplicación de técnicas, pero si son capaces de anticipar los efectos que pueden tener sobre los pacientes recibir mensajes contradictorios.

P2.05: Depende. No tiene por qué ser malo. Hay veces que una misma cosa se puede hacer de varias maneras y está bien hecho. Mientras esté bien hecho...

P2.07: Yo creo que las diferencias las vemos nosotros porque estamos pendientes de como ponen algo o cómo cambian, pero yo creo que el paciente no se da cuenta de si un día le pones la insulina pellizcándolo así o así. No sé, creo que las diferencias las vemos más nosotros que el propio paciente.

P2.07: Y quiero decir que esa variabilidad entre la gente o que te pregunten y no sabes contestar, yo creo que eso perjudica a la profesión, porque yo creo que hay que hacerlo más científico y saber todo por qué lo haces, y si hay una mejor manera, todo el mundo debería hacerlo así porque luego la gente piensa que Enfermería no es una carrera... no sé cómo decirlo.

P4.02: Son conscientes, porque estás haciendo una técnica y te dicen, bueno no es así como se tendría que hacer, pero tú lo tienes que hacer así. Y saben que su compañera lo hace diferente, pero como el resultado acaba siendo el mismo... pues lo llevan a cabo de manera diferente. Sí, sí, yo creo que cada uno lo hace a su manera, pero como el resultado acaba siendo igual... si has de canalizar una vía, la canalizas y ya está, da igual si lo haces así o “asao”. ¿Si les preocupa?, pues, no sé, a algunas sí y a otras no.

P4.04: Yo creo que sí, bueno los procedimientos no dejan de ser procedimientos, pero es verdad que la relación... que me toque la maja, no que venga la borde que no me hace ni caso, que no me explica nada, ¿no? No sé, en ese sentido sí, pero los procedimientos, pues bueno, si no los conocen y no los saben tampoco, pues igual les da igual.

P4.05: Yo desde mi punto de vista, a veces sí que lo perciben, es lo que comentaba antes, si cada una me da un consejo distinto ¿para dónde tiro?, puede que las dos me hayan tratado muy bien o incluso que las dos me dan mucha seguridad por como lo dicen, lo dicen bien las dos, te ponen casos de

evidencia, o sea ... y te están diciendo cosas contrarias... Entonces, a veces sí que pueden percibir la variabilidad, yo pienso que sí. No tanto igual en las cosas técnicas, bueno, si ponen una vía, no me estoy fijando si me la ponen de una forma u otra. Pero es más eso, en los consejos y este tipo de cosas... yo pienso que sí.

P4.04: O cuando les quieres explicar al alta algunas cosas, unas enfermeras quieren y otras lo dan todo por hecho y otras sí que se implican. Por ejemplo, si se tienen que administrar la heparina le dan el papelito, el panfleto. Es que depende mucho de cada enfermera.

Cómo lo afronta el estudiante.

Sin embargo, ellos mismos, cuando hablan de la variabilidad de los profesionales, dejan entrever cómo la afrontan y cómo se comportan. Si han conseguido un cierto nivel de confianza con el colaborador clínico, preguntan sus dudas, pero si no, simplemente se acomodan.

P2.05: ...y además te decía, no, pero si así no se hace, y ya entre una y otra, si te tocaba algún día alterno pues decía...no sé qué hacer. Y era... lo hago como tú lo haces y mañana lo hago como lo haga....

P2.03: Cuando me tocaba un día con una y un día con otra, a la del segundo día preguntaba, pues el otro día dijo..., no decía nombre, pues el otro día me dijo otra enfermera que me tocó, que se hace de tal forma, de tal forma... Y a mí cuando ella me decía, yo simplemente lo hago por tal y no me daba una razón concreta, yo decía, pues así no es entonces.

P2.07: Yo en técnicas, vamos, te ciñes más o menos a lo que has estudiado y si la enfermera te dice, pues no mira esto no se hace así, pues tú ya cambias.

Pero si tú estás convencida de que una cosa se hace así, tú la haces así. Pero en cuanto al trato, yo soy de una forma, yo tengo una forma de ser y el hecho de estar con enfermeras que no me ha parecido bien como actuaban con el paciente, a mí también me hace decir, vale pues yo quiero ser de este tipo de enfermeras que están con el paciente, que se preocupan por el paciente y no de estas que entran a la habitación y no dicen hola.

P2.04: Yo creo que de hecho si la enfermera es peor, tú te creces, porque si la enfermera entra y se presenta como que no tienes más que decir, pero si la enfermera no dice nada, tú tienes como el campo abierto. A mí el primer día que me tocó enfermera mala, jo, es el día que más he hablado, es el día que menos cosas he hecho técnicamente, pero es el día que más he tratado a los pacientes.

E1: Pues depende, o sea, depende de con quien estuvieses, porque con algunas como tienes más confianza, pues igual sí que le decía, pues ayer me dijeron que se hacía de esta otra manera... Igual, igual me decía, bueno pues yo lo hago... y me daba explicaciones de por qué ella lo hacía de otra manera, y al final pues lo acabas haciendo como cada una me decía, porque es que si no... ¿sabes? Si lo haces como ellas quieren es como... ya está, o sea, hay paz y tranquilidad, porque es que si no, sí, se genera allí un poco de malestar. Pero eso sí me ha pasado, me ha pasado de acomodarme a lo que cada una hace.

Según edad y género.

En sus discursos han aparecido de manera espontánea posibles factores asociados a la variabilidad de la práctica. Sorprende, además, la coincidencia entre los estudiantes, tanto de segundo como de cuarto curso. La edad es un factor que ellos identifican

claramente como relacionado, si no causal, con el estilo de práctica. Sin embargo, no perciben diferencias con respecto al género.

P2.05: Que es cierto, yo me ha tocado con enfermeras que eran jóvenes y, pues justo, casi era igual a lo que habíamos dado, pero ya luego te pasabas a otra y es que era todo lo contrario ...

P2.05: También hay muchas que son jóvenes y te exigen más y ella sabe que tú la técnica la tienes que tener más actualizada, pero sí que es cierto que a veces nos podemos sentir más comprendidos por ellas, por las más jóvenes.

P2.05: Sobre todo, se nota mucho cuando te toca con una enfermera joven, pues igual se parece más a lo que has visto en clase y cuando te toca una enfermera que lleva 40 o 50 años en la profesión, que lo lleva haciendo así toda la vida, que igual las cosas han cambiado, pero como ella lo hace así, pues lo sigue haciendo así, ¿sabes?

P2.03: Pero sí que es verdad, pues lo que decía L., que cuando son enfermeras que llevan 30 años, 40 años, pues yo que sé, pues yo lo noto sobre todo en que igual no se lavan las manos las veces que se las tienen que lavar, todos en general, pero cuanto más es la edad, como que menos lavas las manos o (risas).

P4.01: Yo sinceramente no pensaba que había tanta variabilidad. Si te dan una teoría, tú esperas que todos los mecanismos funcionen en base a lo que se estudió... Por ejemplo, yo entiendo que tienen que renovarse continuamente, pero hay mucha diferencia entre cómo trabaja una enfermera joven o una enfermera mayor. Si las enfermeras mayores no se renuevan, las técnicas que tú hagas con ellas no van a ser correctas, así como las enfermeras jóvenes al

tenerlo más reciente y renovarse, sí que son más correctas. Así que yo creo que sí, que existe una gran variabilidad y yo en principio pensaba que no era así.

P4.02: Sí, y las enfermeras más jóvenes que han acabado, como que te entienden más, saben que vas nervioso, que sabes, pero estás... Y las que llevan muchos años trabajando, ya como que lo tienen todo más así, así, así... y de ahí no se salen, de esa dinámica de rutina. Cómo es así como lo he hecho toda la vida, pues no lo cambio, y sigue haciéndolo así.

E1: Cuanto más mayor, pues están, digamos, más ancladas en el pasado, no sé cómo decirte, como que siempre se han hecho así y no quieren cambiar.

E2: Yo no sé si es por el tipo de... bueno me imagino que será lo mismo, multifactorial. Será... todos, todos cuando nos vamos haciendo mayores cada vez somos menos dinámicos en general, aceptamos..., somos menos..., más susceptibles a la crítica en general. Entonces yo creo que la edad puede ser uno de los factores que al final determine el..., y también no olvidemos la formación, que estamos hablando de los años sesenta-setenta y estamos hablando de formación de treinta o cuarenta años después.

Sin embargo, no se encuentran diferencias con respecto al género.

P4.02: Yo ahí no tanto (género). Yo he coincidido con chicas y con chicos, y parecido, bastante parecido.

P4.01: Yo con enfermeros masculinos solo he trabajado con jóvenes y pasa lo mismo que con las mujeres, se renuevan y yo creo que, con una mayor confianza, pasa lo mismo que con las mujeres (ininteligible).

E1: Con el género... no, yo creo que no. No, porque es que además, con hombres, la verdad, es que tampoco he estado, así de prácticas, muy poco.

Según motivación personal.

La desmotivación y el hartazgo hacen su aparición cuando se habla de determinados comportamientos de los profesionales con los estudiantes o los pacientes.

P4.03: Hay algunas enfermeras que están tan hartas, tan hartas que al final tratan hasta mal al paciente, la familia y les da igual todo. Ir a trabajar, hacer lo que hay que hacer y marcharse y ya está.

E2: Hay gente que se desmotiva, que no quiere mejorar, no quiere... se acomoda. Se dice, pues si el sistema me trata así, yo tampoco voy a tratar bien al sistema, a mis pacientes. Estás siempre como enfadado, estás... Y, sin embargo, otro tipo de profesional lo que hace es asimilar ese entorno hostil, pero él sabe que el paciente es lo más importante, se centra en él y se aísla de ese sistema, entonces lo que veo es la diferencia, sobre todo a nivel de profesionales, de cómo asimilamos esa presión externa.

E1: Pues es que, no lo sé, muchas veces lo he pensado, pero eso, igual es que unas personas se interesen más y lean y digan, pues esta técnica ha mejorado; ahora dicen que poner apósitos transparentes en vez de otros, no sé.

En las figuras 16 y 17 se aprecia, como en los grupos de discusión, la relación con el estudiante, paciente y familia supera en tiempo en el discurso de los estudiantes a la variabilidad en la ejecución de técnicas, mientras que, en las entrevistas la ejecución de técnicas es el tema central.

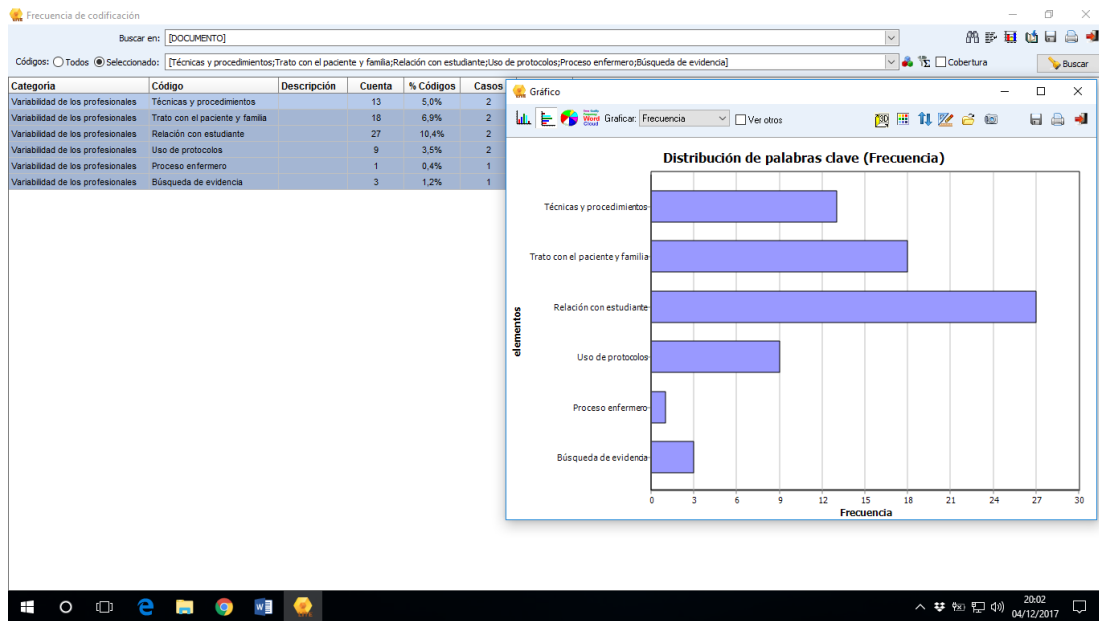


Figura 16: Variabilidad profesional en los grupos de discusión.

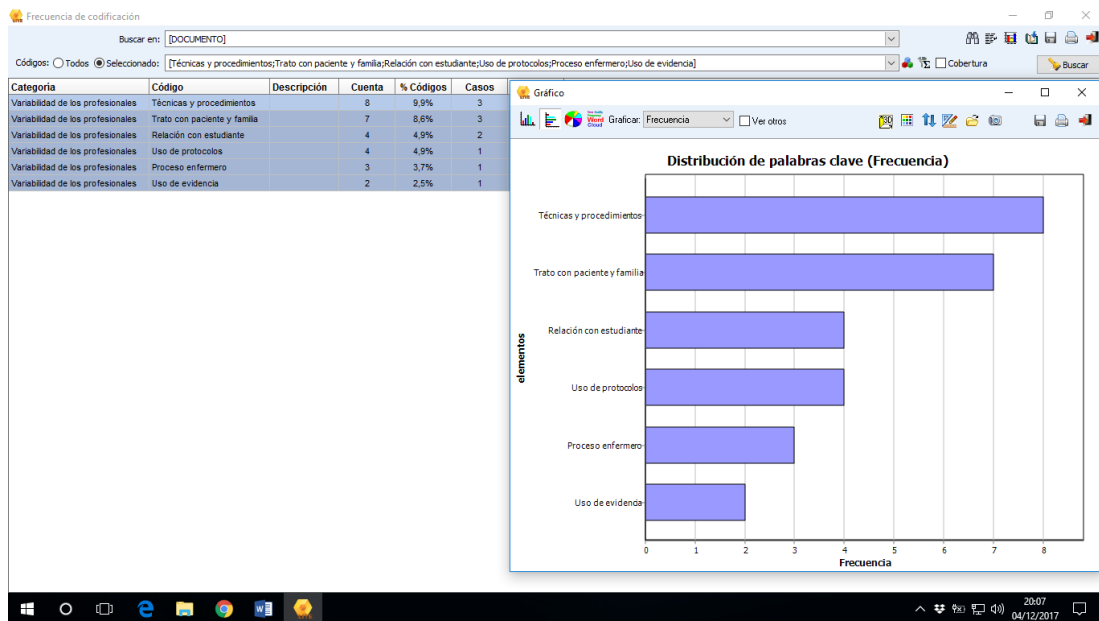


Figura 17: Variabilidad profesional en entrevistas.

4.9 Aportaciones de los informes reflexivos

Se han analizado un total de 54 informes reflexivos. Las directrices para la elaboración de estos informes y los criterios de evaluación de los mismos, por parte del tutor académico, habían sido transmitidos a los estudiantes a través de la guía de prácticas y la plataforma virtual.

Según la Guía de Prácticas I de este curso, la evaluación de la asignatura otorga un 60% del peso a la evaluación de actitudes y conocimientos por parte del tutor asociado clínico, un 10% al aprendizaje en Sala de Demostración antes de iniciar las prácticas en el centro hospitalario y un 30% a la realización del portafolio que comprende la autoevaluación y el informe reflexivo.

Las directrices recibidas para la redacción del informe reflexivo incluyen: a) la extensión (entre 500 y 600 palabras), b) el contenido (reflexión personal sobre la experiencia vivida) y el método (uso de las competencias/objetivos de la asignatura como guía expositiva del texto).

Los criterios de evaluación suponen: el uso de un lenguaje no coloquial, coherente y claro, la reflexión sincera, la expresión de dificultades encontradas y propuestas para su superación, la expresión sobre la relación establecida con pacientes, familias y equipo de profesionales, la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos, la valoración sobre los objetivos a cumplir y la identificación de obstáculos y apoyos recibidos en la consecución de los mismos.

Entendemos que estas directrices por parte del tutor y la guía de prácticas orientan y dirigen la reflexión de los estudiantes, actuando como datos solicitados. Sin embargo, la utilización de estos textos en nuestra investigación nos ha servido, en cierto modo, como método de triangulación de datos. Obviamente, el análisis de contenido que se ha realizado sobre los informes no se ha centrado en valorar el grado de cumplimiento de las directrices emitidas por el tutor o la guía de prácticas, sino en la búsqueda e identificación de categorías o temas detectados en las entrevistas individuales y grupales o nuevas unidades de significado que interesen a la investigación.

Del análisis de los informes reflexivos se obtienen las siguientes impresiones generales:

- ✓ Un gran número de estudiantes aprovechan el informe para expresar su gratitud hacia los profesionales que les han acogido en sus prácticas.
- ✓ Se aprecian muestras de admiración hacia los profesionales, aspecto que resalta menos en los grupos de discusión y entrevistas.
- ✓ La mayoría de los estudiantes dejan constancia de que estas sus primeras prácticas han servido para reafirmarles en la elección de profesión.
- ✓ Muchos hacen mención a la brecha teoría-práctica e indican que ha sido necesario el encuentro con la práctica para entender realmente en qué consiste la profesión.
- ✓ Un gran número hacen mención al trabajo en equipo de los profesionales y reconocen, como algo que ellos mismos no esperaban, la labor de las auxiliares de enfermería con relación a los cuidados de los pacientes.
- ✓ Muchos de los estudiantes se han identificado como parte del equipo asistencial.

- ✓ Valoran muy positivamente la acogida de la supervisora, cuando se ha producido esta circunstancia.
- ✓ Les llama la atención y agradecen la aceptación que reciben por parte de los pacientes y familiares permitiendo su presencia y su intervención en los cuidados, aun siendo estudiantes en formación.
- ✓ Demandan la posibilidad de realizar más técnicas.

Con respecto a los aspectos formales destacar:

- ✓ El carácter “políticamente correcto” de las reflexiones en contraste con las verbalizaciones espontáneas en los grupos de discusión y entrevistas.
- ✓ El hilo argumental elegido por los estudiantes para realizar su reflexión no ha sido siempre el mismo. Unos han utilizado los objetivos y competencias a adquirir (según instrucciones) y otros han seguido una secuencia cronológica tipo diario.
- ✓ Se aprecia variabilidad importante en el uso de lenguaje técnico y cuidado con la redacción y ortografía. En los *verbatim* se ha respetado el texto original.

La codificación y categorización solo se ha llevado a cabo sobre las categorías ya definidas en los grupos de discusión y entrevistas, en un intento de no apartarnos de los objetivos de la investigación. Sin embargo, nos ha parecido de interés ampliar algunos códigos como unidades de significado que no han aparecido en las entrevistas o grupos.

El análisis de contenido nos muestra una gran coincidencia con las emociones positivas manifestadas en los grupos y entrevistas. A la satisfacción y reafirmación se suma el agradecimiento a las personas que les han permitido vivir esta experiencia.

IR1: Al finalizar las prácticas, estuve reflexionando sobre lo que hice y dejé de hacer. Pienso que todo lo que he realizado durante las prácticas lo he hecho con delicadeza y con mucho cariño. Pero sin duda no lo hubiera podido hacer sin las enfermeras, auxiliares y el equipo de limpieza. Me han ayudado en todo momento a superar los pocos obstáculos que he tenido. Esto me hace estar deseando que llegue el próximo año para seguir formándome como enfermera.

IR3: Personalmente Prácticum I ha sido la asignatura que más me ha aportado y motivado para seguir aprendiendo a hacer lo que realmente quiero hacer en un futuro. En este mes he valorado mucho más mi profesión, ya que he podido comprobar todo lo que conlleva ser una enfermera: Responsabilidad, orden, cuidadora, planificadora, liderazgo, compromiso ético y una infinidad de cosas más. Nuestro trabajo es esencial.

IR4: A lo largo de la primera semana me planteé muchas veces si esta es la profesión que de verdad quiero ejercer en mi futuro, si de verdad estaba preparada para ello. Tenía días en los que llegaba a casa feliz con ganas de más, en cambio otros, solo quería abandonar. Ahora, después de un mes de prácticas, tengo claro que es la profesión que elijo. Que mis días buenos y malos, no dependían de mi torpeza o del carácter de la enfermera asignada sino de las ganas y la forma de enfocar las situaciones y a las personas.

IR10: Me gustaría darles las gracias por su capacidad de sonreír, ante todo, de tender la mano siempre para ayudar y de la gran capacidad docente de la

que han hecho gala la mayoría de las personas de la planta durante mi estancia allí.

También aparecen las emociones negativas como la incertidumbre y el miedo a no saber hacer o a no saber estar.

IR21: El primer día llegas un poco nerviosa, con la incertidumbre de no saber si te va a gustar ese ambiente hospitalario, si vas a ser capaz de aplicar todo lo que has estudiado, pero sobre todo si de verdad tu vocación es esa.

IR33: Fue difícil al inicio ya que al presentarme como enfermera en prácticas había personas que al principio nos les gustaba mi presencia, pero poco a poco fueron cogiendo confianza conmigo.

IR1: Los primeros días sí que me sentí perdida y no sabía muy bien que hacer, pero hablando con mis compañeras todas nos sentíamos, sin tener idea de cómo funcionaba y que había que hacer en cada momento.

Encuentro con la muerte.

Muchos hacen mención a su encuentro con la muerte. Explican su vivencia cuando durante sus prácticas se ha producido un fallecimiento. Son conscientes de que es algo a lo que se van a enfrentar a lo largo de su vida profesional y saben que han de aprender a afrontarlo.

IR2. Quizás lo peor que he llevado han sido los fallecimientos. El primero me impacto muchísimo, pero poco a poco, fui aprendiendo gracias a las enfermeras que estaban en la planta, que es el ciclo de la vida, que al igual que fallece gente también viene gente nueva al mundo.

IR21. Aunque en ocasiones hay momentos duros o menos gratificantes, como cuando pacientes que están con sujeciones te increpan al verse inmovilizados, o cuando llegas a la planta y te dicen que un paciente, con el que llevabas toda la semana y parecía que evolucionaba favorablemente, ha fallecido.

IR37. He tenido que vivenciar un fallecimiento y, por ende, estar presente en el momento de dar las malas noticias... No es tarea fácil por lo que la vocación y la aptitud son dos características clave que toda enfermera debe poseer.

IR42. En este hecho fortuito, otra enfermera y yo establecimos la comunicación con los familiares del fallecido para que mantuvieran la calma y se alejaran de la habitación durante las maniobras de reanimación. Esto me aportó mucho sobre el inmenso apoyo que las enfermeras brindan a los familiares en momentos difíciles.

Las deseadas técnicas.

Tanto en los grupos como en las entrevistas se deja ver la importancia que tiene la ejecución de técnicas para los estudiantes. En los informes reflexivos es un tema que también aparece. Se sienten bien cuando realizan técnicas y muestran su deseo de realizar el mayor número posible de ellas. Dejan entrever cierta preocupación por el posible rechazo o no aceptación por parte del paciente, pero en su ánimo está siempre llevar a cabo todas las técnicas posibles, por lo que prefieren los horarios de mañana.

IR12: La aplicación de las técnicas fue lo más excitante que he hecho en mi vida, y los pacientes eran muy considerados al no poner pega alguna cuando les hacía un cuidado. Como crítica debo decir que el número de técnicas de 2º Curso de enfermería me parece que está MUY restringido, creo que se debería dejar practicar la venopunción o extracciones de sangre para análisis.

IR35: Por la tarde hay menos movimiento en la planta y menos prácticas enfermeras que hacer, por este motivo se me hacían más interesantes las mañanas.

En las guías de prácticas, la asunción de técnicas por parte de los alumnos se realiza de manera progresiva, pero ellos se consideran capacitados para asumir cuantas más mejor.

IR17: Como único inconveniente, considero que, para futuros estudiantes de segundo de Grado en Enfermería, sería muy interesante poder realizar alguna técnica de enfermería más que no hemos podido realizar por no incluirse en el Prácticum I.

El proceso de enfermería.

La identificación de la aplicación práctica del proceso de enfermería era tema central en el informe reflexivo que se les pedía, sin embargo, un número importante de estudiantes no lo menciona, se centra en las competencias, objetivos o simplemente relata un diario.

Algunos de los que responden lo hacen en términos generales, que recuerdan más bien las definiciones teóricas.

IR52: Durante este período en el hospital he podido aplicar mis conocimientos sobre el proceso enfermero a la práctica, pudiendo prestar una atención técnica y profesional adecuada a las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

IR20: En este tiempo he visto en primera persona la aplicación de las 5 etapas del PAE: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación.

Otros, en cambio, ponen en evidencia que no han comprendido del todo lo que supone el uso del proceso.

IR39: He podido ver reflejado el proceso de enfermería del que tanto hemos hablado en las clases teóricas. La tarea de una enfermera en una planta de hospitalización se basa en una valoración y evaluación constante del paciente. Mientras que el diagnóstico, la planificación y el tratamiento están más relacionados con el médico. Aunque en ocasiones es la propia enfermera la que sabe perfectamente que le pasa al paciente y que es lo que necesita. Es importante destacar ya que nos han hecho mucho hincapié, el registro de absolutamente todo lo que realizábamos, en el programa llamado Gacela.

Finalmente, sí hay alumnos que son capaces de reflexionar sobre ello e intentar identificar las etapas del proceso en las actuaciones enfermeras.

IR53: La primera labor ante el ingreso de un paciente en la planta, es la recogida de información, la valoración, mediante la entrevista protocolizada del servicio. Posteriormente el diagnóstico, la planificación y ejecución de cuidados. Estas etapas no se realizan de forma tan diferenciada, pero sí se aplican en la asistencia enfermera. Por ejemplo, cuando se detecta una úlcera por presión se diagnostica y se ejecutan los cuidados pertinentes, así como se aplica una evaluación continua para ver su progresión.

*IR16: La **valoración** la he podido practicar cuando ingresaba un nuevo paciente o cuando a algún paciente le surgía algún problema como una*

pequeña extravasación o la aparición de ciertos dolores. Recogíamos información principalmente entrevistando al paciente y/o familia, observando y explorando físicamente al paciente siendo más fácil cuando el paciente colaboraba y presentando mayor dificultad en pacientes no colaboradores. Con estos datos buscábamos problemas o necesidades del paciente en el diagnóstico. En la planificación identificábamos intervenciones que realizar para solucionar los problemas encontrados como cambios posturales, cura de heridas o levantar a los pacientes. En la ejecución llevábamos a cabo las intervenciones anteriormente planificadas, teniendo en cuenta los deseos del paciente y dando la información necesaria.

Los errores.

Reconocen los errores y los identifican como fuente de aprendizaje. Señalan sus errores en la reflexión sin que se les haya preguntado directamente.

IR19: También he tenido errores, recuerdo una vez que a la hora de poner un aerosol me puse nerviosa porque era la primera vez que lo hacía yo sola, me equivoqué de mascarilla y en vez de ponerla en la de nebulizar la puse en la de oxigenoterapia, me di cuenta del error y fui a decírselo a mi enfermera, me dio otro y ese sí que le puse bien.

IR27: La aplicación de técnicas y cuidados también ha ido mejorando, sobre todo debido a errores que he cometido por falta de atención. Recuerdo cómo quité una mediación de la vía y esta no tenía tapón antirreflujo, y la llave de la misma estaba abierta. Empezó a refluir la sangre al exterior y me puse nerviosa, hasta que conseguí cerrar la llave y el paciente dejó de sangrar.

Las auxiliares de enfermería.

Este es un aspecto que surge al preguntárseles por el trabajo en equipo. En términos generales, ellos mismos son sorprendidos al ver el trabajo que realizan las auxiliares de enfermería o técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

IR6: He visto lo necesario que es el trabajo de las auxiliares de enfermería, y lo poco reconocido que está. Ellas son las que más tratan al paciente, y las que más esfuerzo físico realizan.

IR30: La verdad es que me gustó la experiencia de estar con las auxiliares porque aprendí a ser observadora para detectar anormalidades en el estado de la piel de los pacientes, en la orina, etc., y porque dan mucha información a las enfermeras al ser las primeras en ver a los pacientes.

Descubriendo la profesión.

Descubren la profesión cuando realizan sus primeras prácticas. Observan, comparan, actúan, interpretan e incorporan a su reflexión aquellas cosas que más les llama la atención.

IR39: Por otra parte, y lo que más me ha gustado a mí, es la humanidad que caracteriza a los cuidados de enfermería.

IR53: El dolor convierte a la persona en alguien vulnerable. La relación que se establece enfermera-paciente, la confianza que deposita el paciente en el profesional y las múltiples formas de expresar su agradecimiento por el trabajo que realizas produce una gran satisfacción no solo a nivel profesional sino también a nivel personal, que engrandece y aumentan las ganas de seguir aprendiendo para algún día ser un buen profesional.

IR27: Al principio, me dediqué a observar y a servir de ayudante a mi enfermera. Observé el método con el que repartía la medicación, cómo la sacaba de los Pyxis⁶, la cargaba en diferentes sueros y las veces que lo revisaba antes de administrarla, para evitar errores. Observé también cómo ponían en práctica sus habilidades terapéuticas con todos los pacientes, incluso cuando el tiempo de contacto era muy corto. Me di cuenta del esfuerzo que hacían por mantener sus emociones y cansancio a un lado, para estar siempre al mismo nivel de intensidad.

IR7: Pronto empezaría el caos de la enfermería: revisar el evolutivo del turno anterior y el tratamiento, por si el médico lo había cambiado al pasar visita; sacar la medicación, prepararla y repartirla a cada paciente. Por supuesto, medir las constantes por turno e introducirlas en el Gacela. Tener en cuenta a los pacientes diabéticos y hacerles la glucemia capilar por si necesitan insulina antes de las comidas, cambiar los ventimaks a gafas (tanto para la comida como para los aerosoles) y enseñar a algunos pacientes a utilizar los inhaladores (para mi sorpresa casi nadie hacía bien las inhalaciones, algunos llevaban años haciéndolo mal.

IR44: Las enfermeras con las que nos tocaba cada día, por lo general, estaban encantadas de enseñarnos y de vernos avanzar cada día un poco más, dejándonos las últimas semanas, hasta ir a atender algunos timbres que sonaban. Creo que esta ha sido la mayor ventaja de todas, porque no es solo importante ir con ganas e ilusión de aprender, también influye mucho que la persona que te va a enseñar tenga ganas de hacerlo, asique por esta parte, les estoy muy agradecida.

⁶ Pyxis: Sistema de gestión automatizada de medicación.

IR34: Mi experiencia ha sido de lo más emocionante y enriquecedora... mirando como la enfermera se sentaba en el ordenador y escribía todo lo que hacía y yo pensando “¿cómo se acordará de que el paciente de la 614 tenía una vía en la mano derecha, una sonda vesical, que en la bolsa de diuresis había 400cc, que tenía un vendaje en la pierna, que le ha comentado que tenía dolor, que le ha administrado Nolotil...?”, por no saber no sabía ni si la jeringa podía tener aire o no cuando preparabas la medicación, o como se las arreglarían para preparar esas hojas de medicación que a veces me sonaban a chino... y eso que había tenido examen de farmacología hacía menos de un mes...

IR54: Mis enfermeras me enseñaron que, ante cualquier duda de estar haciendo mal el procedimiento, hay que desecharlo y empezar de nuevo, lo cual lo he tenido siempre muy en cuenta.

También observan aspectos que entran en conflicto con la teoría recibida o aspectos organizativos que dificultan la aplicación de los cuidados como se les ha explicado en las clases teóricas.

IR6: Considero que las enfermeras deberíamos estar menos pendientes de Gacela y Jimena, ya que todos aquellos valores de los que se nutre la Enfermería los estamos perdiendo. Hay enfermeras que sí que atienden a los timbres, o que, cuando no tienen nada de vital importancia que hacer, visitan a los pacientes, les preguntan su estado de ánimo... Pero hay muchas otras que se limitan a tomar constantes, administrar medicamentos y estar en el ordenador. Creo que es algo que las nuevas generaciones debemos cambiar.

IR49: Me ha llamado la atención que muchas de las enfermeras no se lavan las manos tras el contacto con cada paciente incluso alguna no utiliza guantes para prácticas de riesgo como es sacar sangre. También he observado como muchas veces no se guarda la intimidad del paciente, ya que no cerramos las puertas sin darnos cuenta de que por el pasillo puede pasar gente.

IR31: En contra, decir que la comprensión recibida por las enfermeras en la etapa docente, no es tan real a nivel profesional: existe una gran carga de trabajo que impide que las relaciones interpersonales entre enfermas sean del todo óptimas. Es precisa una mayor coordinación entre la gestoría de unidad y los profesionales.

IR32: Me di cuenta de que en la mayoría de los aspectos no tiene mucho que ver lo que se da en clase con la actuación real de enfermería en la planta. Por un lado, el lavado de manos y las reglas de aislamiento en que tanto nos insistieron en clase, luego una vez en la planta, la mayoría de las enfermeras no lo ponen en prácticas y, es más, algunas te dicen que por qué te cambias de guantes, pero siempre hay quien lo hace como se debe de hacer.

Colaboradores clínicos.

En los diarios reflexivos se hace alusión a los colaboradores clínicos, si bien los estudiantes, la mayoría de las veces los denominan tutores, al igual que sucedía en los grupos de discusión. Esto puede ser debido, como ya se ha indicado, a que todavía no se ha incorporado esta denominación y los estudiantes se siguen refiriendo a ellos como se hacía durante la etapa de Escuela Adscrita.

IR30: En las prácticas he tenido mucha suerte porque he estado casi todos los días con la misma enfermera. De ella he aprendido que es mejor hacer las

técnicas y preparar la medicación con calma y tranquilidad, revisando varias veces lo que haces, en vez de ir con prisas porque al final tenías tiempo para hacerlo todo y cometías menos errores.

IR8: La verdad, se nota cuando trabajas con una compañera que te enseña y es consciente de tus limitaciones; apoyándote, corrigiéndote y aconsejándote. Estas sensaciones cambian si desafortunadamente, trabajas con una que no te entiendes o no quiere alumnas, pero por suerte esto no suele pasar.

Los informes reflexivos nos han permitido comprobar cómo los estudiantes se encuentran con la variabilidad en la práctica clínica y hablan de ello, aunque no se les pregunte directamente.

IR49: A veces no sabía de qué forma hacer ciertas cosas, ya que cada enfermera me enseñaba una misma cosa de diferentes maneras sin saber muy bien con que forma quedarme.

IR21: La rotación diaria de enfermeras hace que puedas aprender y comparar la manera de trabajar de cada una, ver que hay profesionales que se implican más en la docencia y otros que están más centrados en su trabajo.

IR29: Y también me hubiese gustado estar con menos enfermeras ya que al pasar por tantas, cada una tiene su manía a la que te tienes que habituar y al final es un poco caos para nosotros.

IR42: El hecho de estar con varias enfermeras es la mejor forma de ver cómo trabajan diferentes personas, aprendiendo trucos de cada una y ayudando así a formar mi propia visión sobre nuestro trabajo.

IR45: Otra situación que influía mucho en que el día en el hospital fuera provechoso y acabara contenta el turno, era el enfermero con el que te tocaba

ir. Muchos eran muy amables y te explicaban todo lo que iban a hacer, me dejaban “libre”, me dejaban responsabilidades para que supiera lo que es enfrentarte a una situación con una persona que tiene miedo, que sufre. En cambio, otros parecían no muy contentos por tener que estar perseguidos por una sombra (yo) todo el día, y esos días eran un poco incómodos, pero simplemente con preguntar a otro enfermero si necesitaba algo, ya estaba solucionado.

IR18: Entre los (aspectos) negativos cabe destacar que en una misma semana podías estar trabajando con cuatro enfermeras distintas, las cuales tienen una metodología de trabajo distinta, por lo que se hacía difícil adaptarse a dicha metodología

Incluso, en su reflexión, aportan algunas sugerencias para la mejora.

IR18: Otro inconveniente que he podido comprobar es que pese a que la base teórica que teníamos para hacer frente a las distintas actividades ... a la hora de llevarlas a la práctica se antojaba diferente por lo que considero que hubiera sido más beneficioso haber insistido más en ellas durante el proceso teórico.

IR4: Una de las principales dificultades que he tenido es el desconocimiento por parte de las enfermeras de la planta sobre las tareas que podíamos realizar o no, en mi opinión se debería dejar explicado. En contra posición las prácticas que realizamos los días anteriores en las aulas sobre vendajes, como cargar medicación me han servido de ayuda, sin embargo, se me quedaron cortas.

IR24: Sí me gustaría reflejar que, los primeros días, el trato percibido hacia mí como alumna de enfermería no me ha parecido el adecuado. Incluso me he llegado a sentir ridiculizada delante de algún paciente y familiar en más de una ocasión. Uno de los detalles que puedo comentar ha sido por el hecho de presentarme (yo) como alumna a un paciente, e informarle de la técnica que se iba realizar (glucemia capilar) solicitando su autorización para llevarla a cabo. La profesional que me acompañaba cuestionó y se burló de mi actuación delante del paciente y su familia. He sabido entender, con el paso de los días que, evidentemente, igual que en cualquier trabajo no todos los profesionales son iguales. Aquella ilusión con la que empecé se desvaneció de golpe, pero he sabido remontar con esperanza hasta el final, y he tenido la suerte y oportunidad de poder compartir jornadas de trabajo con gente excepcional.

IR25: Como dificultad cabría señalar que al haber estado con muchas enfermeras diferentes cada una lo hace de una manera y tiene unas costumbres, lo que en alguna ocasión ha podido causar confusión o alguna pequeña dificultad a la hora de ejecutar las técnicas. Para evitar esto, podrían procurar que el estudiante estuviese con las mismas enfermeras en la medida de lo posible.

IR32: Noté ciertos obstáculos a la hora de desempeñar las funciones, que tenía más dificultad con algunas enfermeras ya que algunas, en lugar de enseñarte cómo se hace y luego dejármelo hacer, te dicen que así no es, lo hacen ellas y no te dejan volver a hacerlo; pero no con todas, muchas te daban ánimos para que lo hicieses mejor la próxima vez.

En la figura 18 se muestran gráficamente algunos de los códigos extraídos de los informes reflexivos. Son códigos agrupados en categorías diferentes. Los tres primeros: aplicar el proceso, actitud cooperativa con el equipo y relación terapéutica con los pacientes son competencias que figuran en la guía de prácticas, y por tanto es de esperar que se haga alusión a ellas; las dos siguientes: auxiliares de enfermería y enfermeras son los dos grupos profesionales que los estudiantes identifican con mayor frecuencia como equipo de trabajo; y las cuatro últimas: variabilidad en la práctica, reafirmación personal, necesidad de la formación práctica y el encuentro con la muerte, son aspectos que surgen de manera espontánea en su discurso cuando se les pide un informe reflexivo.

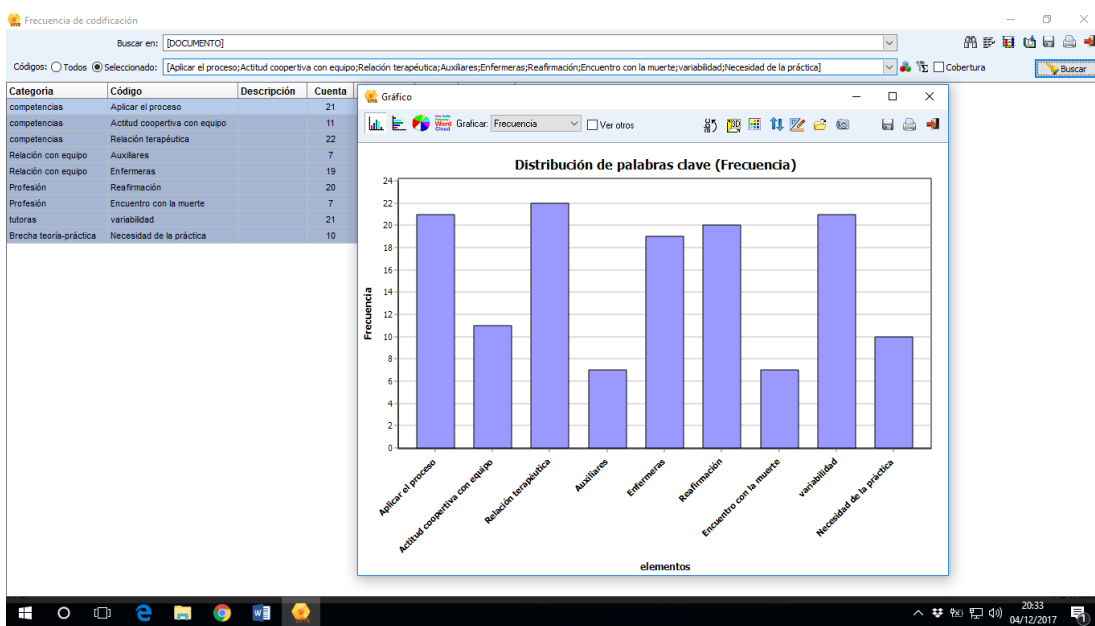


Figura 18. Aportaciones de los informes reflexivos

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Con las aportaciones documentales pertinentes hemos pretendido, a partir de lo que los estudiantes han mostrado en los contextos descritos -grupos de discusión, entrevistas o informes reflexivos- alcanzar resultados sobre nuestro problema de investigación. Afrontamos, ahora, su discusión con la pretensión de avanzar, de forma razonada y crítica, en el conocimiento.

Cuando buscamos relaciones entre las dimensiones de carácter positivo que expresan los estudiantes, el mayor peso lo atribuyen al conocimiento real de la profesión y su reafirmación sobre la elección de su futuro profesional. Esto se observa tanto en los grupos de discusión y entrevistas como en los informes reflexivos. Además, los aspectos positivos y satisfactorios son los primeros que afloran cuando se les pregunta abiertamente por la experiencia vivida durante sus prácticas.

Sin embargo, en las dimensiones de carácter negativo, la asignación de tutor o colaborador clínico, junto con la incertidumbre, se convierten en fuentes de estrés y ser asignado a un colaborador “que no quiere enseñar” es definido como una de las peores cosas de las prácticas, por lo que coherentemente, se posicionan en la idea de colaboradores clínicos voluntarios y bien informados y acogidas programadas en las unidades asistenciales donde realicen sus prácticas.

Tanto en las dimensiones satisfactorias como negativas, encontramos un gran número de coincidencias con otros estudios realizados (Rodríguez, Ruiz, González, Fernández y De Blas, 2012) y tesis doctorales (Arreciado, 2013; Rivera, 2013). La falta de

competencia, el contacto con el sufrimiento, la relación con tutores y compañeros, la impotencia e incertidumbre, la relación con el paciente, la implicación emocional y las situaciones de saturación han sido ya descritas en estos estudios como fuentes de estrés. Así como la relevancia de la relación que se establece entre estudiantes y profesionales asistenciales, el encuentro con la profesión y la necesidad de la formación práctica.

El tema de la incertidumbre y sus efectos merece un toque de atención. La descripción de los estudiantes coincide con las vivencias de las enfermeras “volantes” o “corretornos”, es decir las enfermeras que no tienen una asignación fija en una unidad asistencial y son enviadas donde se precisa una sustitución o un refuerzo. Un estudio realizado por Lapeña-Moñux, Orts-Cortés, Maciá-Soler, Salas-Medina, Martínez-Martínez y Palacios-Ceña (2014) con este tipo de profesionales, pone de manifiesto el estrés que estos escenarios cambiantes suponen para ellos y la necesidad percibida de una buena acogida por parte de los profesionales fijos de las unidades.

Pero también los profesionales con situación laboral estable, que desempeñan su actividad en la misma unidad durante años, se enfrentan a la incertidumbre sobre la evolución durante el turno de trabajo: altas, ingresos, empeoramientos en el estado de salud de las personas ingresadas; o en el caso de los centros de salud, el problema que presenta cada persona citada en consulta o lo que la enfermera va a encontrar cuando acude a una urgencia en un domicilio. Es por ello que consideramos interesante incluir o trabajar en la formación del estudiante competencias transversales relacionadas con la capacidad personal de afrontamiento.

Con respecto a los protocolos de acogida, observamos que en la mayoría de facultades y escuelas estos aparecen reflejados en la normativa o en las guías de prácticas, aunque, en la realidad su aplicación parece ser mejorable, muchas veces por el desconocimiento de los mismos. Navarro, González y Espinosa (2015) en un estudio realizado sobre los protocolos de acogida a los estudiantes de enfermería de la universidad de Elche, obtienen que más del noventa por ciento de los participantes considera necesaria la existencia de protocolos de acogida, y, sin embargo, son menos de cuarenta por cien los que saben de su existencia.

Llama la atención la actitud de los estudiantes hacia los informes reflexivos. Por una parte, en los grupos de discusión ha habido diversidad de opiniones, desde el desconocimiento de las directrices para su realización, sobre todo por el grupo de segundo, al cuestionamiento de su utilidad o su utilidad solo hasta que se adquiere el hábito de reflexionar sobre lo que se hace, pero no como ejercicio obligatorio a realizar en todas y cada una de las asignaturas prácticas. Existe coincidencia en que el informe reflexivo no debe ser evaluado.

El diario reflexivo ha sido utilizado para recoger las observaciones y vivencias de estudiantes y profesores, tanto en el aula como en la formación práctica y el diario de prácticas se considera adecuado para, a través de la reflexión, potenciar la autoevaluación y facilitar la metacognición del estudiante (Woods, 1993). Sin embargo, no todos los alumnos son capaces de llegar a la reflexión, limitándose a una mera descripción de las actividades realizadas (Siles, Solano, Noreña, Gabán, Gil, Martínez, Núñez, Ferrer, Rocamora, Fernández y Conca, 2014).

En una revisión bibliográfica/integradora sobre el uso de diario reflexivo como herramienta de aprendizaje en los estudios de Enfermería realizada por San Rafael, Siles y Solano-Ruiz (2014) donde se mencionan los beneficios del mismo, se plantea la controversia sobre su evaluación. Según los datos obtenidos en esta revisión, cuando la escritura del diario supone un porcentaje de nota, la preocupación del estudiante gira en torno a qué se va a evaluar y cómo se hará, por lo que se manifiestan totalmente en contra ya que lo consideran una reflexión personal por su parte muy vulnerable a la interpretación subjetiva del profesor evaluador. Algunos autores proponen que la evaluación sea apto/no apto y que la realización sea obligatoria, pero no vaya vinculada a una puntuación.

Con respecto al tema central de este trabajo, la variabilidad en la práctica clínica descrita en la bibliografía consultada se refiere al ejercicio profesional en general, sin especificar si se incluye la relación con los estudiantes, a pesar de que todas las profesiones sanitarias precisan formación práctica y, por tanto, en la gran mayoría de entornos asistenciales, tanto públicos como privados, los profesionales conviven con personas en etapa de formación.

Al presentar los resultados en el capítulo anterior, los aspectos relacionados con la variabilidad de la práctica asistencial que los estudiantes observan se han desglosado en: la ejecución de técnicas, la relación con pacientes y familias, la relación con estudiantes, el uso de protocolos y evidencia científica y el uso del proceso de enfermería.

Lo primero y más llamativo para ellos es la variabilidad en la ejecución de técnicas y procedimientos. Esta observación surge en el discurso de los estudiantes sin necesidad de ser preguntada y además surge casi en los inicios de la discusión de grupo. No sorprende este hecho, dado su interés manifiesto por las técnicas.

El interés de los estudiantes por las técnicas y procedimientos es algo no solo manifestado por ellos mismos, sino también verbalizado entre tutores y profesionales y se ha puesto de manifiesto en múltiples estudios, sobre todo en el ámbito académico (Rojo, 2016). Esta ambición desmedida por la realización de técnicas y perfeccionamiento de habilidades técnicas la hemos visto en los resultados, cuando llegan a considerar un día perdido si no han realizado técnicas, sean nuevas o de repetición, o cuando valoran un servicio por la cantidad de técnicas que han realizado en él. Pensamos que, para el estudiante, en parte se debe a lo tangible de la acción: administro un medicamento, realizo un sondaje, hago una cura. Es algo que se ve y con lo que se obtiene un resultado inmediato.

Su deseo de realizar técnicas los lleva a pedir que se amplíen los procedimientos que pueden ir asumiendo según su asignatura de prácticas. En las guías se han ido incorporando los procedimientos según conocimientos teóricos y complejidad de la técnica, pero ellos se sienten capacitados para hacer más de lo que se les permite, y se enfadan cuando algunos colaboradores tienen un comportamiento distinto, permitiéndoles ejecutar técnicas de otro nivel, bien sea por desconocimiento de los objetivos o por confianza en la capacidad del alumno. Les parece injusto que unos puedan realizar más técnicas que otros estando en el mismo nivel formativo y no

profundizan ni cuestionan los motivos por los que los colaboradores toman su decisión de dejarles asumir técnicas de otro nivel de prácticas.

Sin embargo, el profesional, que tiene una visión más global del desempeño profesional, repara en el interés de los estudiantes por la técnica porque le supone el encuentro de dos responsabilidades, por una parte, la seguridad en los cuidados del paciente y por otra, la progresión en el aprendizaje del estudiante. Cada vez que permite a un estudiante realizar una técnica está asumiendo que el estudiante está capacitado para ello, puesto que, ante todo, ha de garantizar la seguridad del paciente.

Pero no sería justo “culpar” únicamente al estudiante de su avidez por la técnica sin realizar una autocrítica y reflexión por parte de docentes y asistenciales. De una manera u otra, quizás a un nivel inconsciente, se está potenciando ese interés y docentes y asistenciales deberíamos preguntarnos si el aprendizaje práctico que realizan los estudiantes en el momento actual permanece en la racionalidad técnica o en la práctica reflexiva (Lozano-León, Romero y Lozano, 2012). Esta reflexión nos conduce, sin duda, a cuestionarnos si nuestra propia práctica docente y asistencial está enmarcada o no en la práctica reflexiva; por ejemplo ¿orientamos y corregimos a los estudiantes en el trato directo con pacientes y familias del mismo modo que corregimos y damos indicaciones concretas al realizar un procedimiento?

En cualquier caso, este tipo de variabilidad es el que más les preocupa, porque necesitan directrices claras y no contradictorias para incorporarlas a su propio hacer. Es decir, ellos han de reproducir estos procedimientos y quieren hacerlo de la forma correcta, así, cuando encuentran diferentes formas de llevarlos a cabo, les genera

desorientación e incertidumbre. Ante esta situación, comparan con su aprendizaje teórico, preguntan a otros compañeros, y, en el mejor de los casos, preguntan a los profesionales con los que están, los colaboradores clínicos. Pero las respuestas que obtienen, según ellos mismos, también son variables, desde el profesional que se enfada por ser cuestionado, el que responde que siempre lo ha hecho así y el que hace referencia a la última evidencia científica. Creemos que estas dudas del estudiante constituyen una extraordinaria oportunidad para el fomento del aprendizaje colaborativo, pero para ello se precisan aptitudes y capacidades por parte del tutor y la consideración e integración de las perspectivas de los estudiantes (Ramos, 2018).

Por otra parte, cuando se les pregunta si esta variabilidad afecta a los pacientes, tanto los estudiantes de segundo curso como los de cuarto, entienden que no. Según ellos los pacientes no conocen los procedimientos, por tanto, si les ponen la insulina con o sin pellizco, les es indiferente y si se les pone una vía intravenosa, independientemente del orden de los pasos seguidos, al final la vía queda puesta. No verbalizan, pese a insistir en la pregunta, si se han planteado la posible repercusión en el estado de salud de las personas, de hacer las cosas de una forma u otra y sobre todo no se cuestionan las repercusiones del no hacer cuando hubiese sido deseable hacerlo o incluso necesario (higiene de manos, cambios posturales, por ejemplo).

La edad de los profesionales es algo que los estudiantes asocian a la variabilidad en la ejecución de procedimientos y a la variabilidad en las respuestas al ser cuestionados. A mayor edad de los profesionales, menor tendencia a preguntarse el porqué de las cosas y mayor respuesta del tipo “siempre se ha hecho así”. Este factor nos ha

sorprendido en cierto modo, y dada la asertividad y coincidencia de todos los participantes sobre el tema, ha motivado una reflexión más detallada.

Creemos que hay dos aspectos que pueden estar relacionados. Por una parte, el tipo de formación recibida. Los profesionales que fueron formados como ATS, a pesar de las actualizaciones que hayan tenido mediante programas de formación continuada, incluido el curso de nivelación ATS-DUE, han mantenido la visión y los valores de su programa de estudios y estos valores se transmiten a las nuevas incorporaciones, tanto profesionales en formación como nuevos profesionales contratados. Pero, por otro lado, pensamos en la dificultad del estudiante para reconocer el conocimiento práctico y usar solo como referencia el conocimiento teórico.

La subestimación del conocimiento tácito y la complejidad del entorno asistencial se relacionan como posibles causas de la brecha existente entre la evidencia científica y la toma de decisiones clínicas, pero al mismo tiempo la experiencia se sitúa como recurso de información prioritario e indispensable en la adquisición de conocimiento experto enfermero (Pérez, Solano y Amezcua, 2018). El profesional no actúa siguiendo la lógica instrumental de la racionalidad técnica, sino que se comporta como un práctico reflexivo cuya acción se funda en un conocimiento práctico y tácito que se activa durante la acción y que consta de tres componentes: conocimiento en la acción, reflexión en la acción y reflexión sobre la reflexión en la acción (Schön, 1998). El conocimiento práctico (saber cómo) se halla incrustado en la misma práctica, es tácito. El juicio clínico experto deriva de una comprensión global de la situación antes que analítica, una valoración cualitativa y holística que posee dos características

distintivas: esquemas de reconocimiento y sentido de “prominencia” o capacidad de distinguir los datos relevantes (Benner, 1984).

La variabilidad en el trato con los pacientes y familias y en el trato con los propios estudiantes es algo también observado y expresado libremente sin necesidad de pregunta directa. Curiosamente la variabilidad en el trato a los pacientes es algo que los estudiantes relacionan con el carácter o la personalidad del profesional. Todo ello a pesar de la formación teórica recibida antes de iniciar las prácticas y a pesar de las competencias que se supone deben alcanzar, que se repiten una y otra vez en las guías docentes y en las guías clínicas y que, por tanto, conocen.

Sin embargo, la variabilidad de los profesionales en el trato con los pacientes no genera tanta ansiedad ni incertidumbre a los estudiantes. Observan la diferencia entre el buen y el mal trato y eligen su modelo, pero esto no les genera ansiedad. Cuando perciben un trato inadecuado por parte del profesional, se dicen a sí mismos “yo no seré así”, pero nunca cuestionan al profesional sobre su forma de proceder. El comportamiento profesional lo relacionan fundamentalmente con el carácter de la persona, por tanto, algo que, a priori, no se puede cambiar. Otro factor relacionado, aludido por los estudiantes es la desmotivación y el cansancio de los profesionales. No se cuestionan si esto repercute en los cuidados del paciente, aunque son conscientes de que les afecta emocionalmente. En su relación con estos profesionales, se acomodan y evitan el enfrentamiento.

Al llegar a este punto no podemos evitar encontrar cierta relación entre el ideario colectivo sobre la necesidad de que para ser enfermera o enfermero se ha de tener

vocación. No es infrecuente oír sobre algunos profesionales que tienen verdadera vocación, mientras que otros no lo demuestran.

Según la Real Academia Española (RAE), el vocablo vocación cuenta con cuatro acepciones, las dos primeras relacionadas con la religión (1. f. Inspiración con que Dios llama a algún estado, especialmente al de religión. 2. f. Advocación), la cuarta en desuso (4. F. Convocación o llamamiento) y la tercera, que dice textualmente: 3. f. Inclinación a un estado, una profesión o una carrera. Entendemos que es esta última acepción a la que se hace referencia cuando se habla de profesión vocacional. Sin embargo, nuestro posicionamiento se inclina más por el vocablo profesionalidad.

Se habla fundamentalmente de profesionalidad, y no de vocación, en relación con “aquellas actividades para las cuales se requiere una preparación específica muy bien identificada en sus componentes y cuya realización puede desarrollarse mediante procedimientos técnicos y reglamentarios asimismo bien determinados” (González, 2000, p.51) Estas son actividades que pueden y deben quedar aseguradas mediante la profesionalidad de los encargados de llevarlas a cabo, con independencia de que estos tengan o no vocación. Mientras que la vocación, como inclinación a una profesión, no es exigible, entendemos que la profesionalidad sí lo es.

La variabilidad en el trato con los estudiantes es también observada y verbalizada por los participantes en sus discursos. Una enfermera que quiere enseñar es el deseo de todos los estudiantes y una enfermera que no quiere enseñar es algo a evitar y una de las mayores fuentes de estrés de los estudiantes. Estos resultados son coincidentes con otros estudios realizados (Argüello, 2017; Cervera, 2016; Mejías, francés, López,

Pérez-Cañaveras y Vizcaya-Moreno, 2013; Rojo, 2016; Rodríguez, Ruiz, González y De Blas, 2012).

La asignación de estudiantes en las unidades hospitalarias suele hacerla la supervisora de la unidad o el profesor asociado clínico, pero los turnos de los profesionales (turnos anti-estrés)⁷ no coinciden con los turnos de los estudiantes (turnos semanales de mañana y tarde), con lo cual, a lo largo de la rotación, el estudiante puede haber estado con casi todas las enfermeras de la plantilla. En los centros de salud la situación es distinta, siendo posible que el estudiante se asigne a una enfermera concreta durante toda la rotación.

Sentirse acogidos, ser tenidos en cuenta y ser buscados para explicarles cosas les hace sentir bien, les hace sentirse parte del equipo y se ven a sí mismos como verdaderos profesionales. Por el contrario, sentir que han de ir detrás de la enfermera para ver si pueden aprender algo, o tener vacíos en los que no saben qué hacer o dónde ubicarse, les genera malestar y estrés. A veces encuentran enfermeras que, sin tener estudiante asignado, les dicen que vayan con ellas y eso lo agradecen enormemente. Es por ello que su deseo o su propuesta sobre los colaboradores clínicos es que sean voluntarios y, además, sepan enseñar.

Con respecto a la voluntariedad de los tutores o colaboradores clínicos, se ha mencionado en capítulos anteriores cómo el convenio marco de colaboración entre el

⁷ El turno ecológico o anti estrés tiene varias alternativas, aunque el modelo más conocido es muy simple, basándose en la continua repetición del siguiente ciclo: M T N D (mañana- tarde-noche-descanso). Se cree que de esta manera el cuerpo sufre menos el efecto del cambio de ritmo fisiológico que con los turnos rotatorios semanales.

sistema sanitario y las universidades públicas de la comunidad, en su última modificación eliminó del texto el término “voluntario” en contraposición con lo inicialmente acordado. Desconocemos el motivo, pero podemos intuir que mantener la voluntariedad podría poner en riesgo la formación de tantos profesionales sanitarios. Situación similar es descrita por Rojo (2016) en su tesis doctoral, donde explica como en la comunidad de Murcia, los convenios consideran voluntarios a todos los profesionales asistenciales, pero se les deja la opción de renunciar expresamente a esta labor y desde que se produjo esta regulación, más de un tercio de los potenciales tutores ha renunciado a ello.

Este mismo autor identifica en su trabajo las motivaciones y desmotivaciones de los tutores (colaboradores clínicos en nuestro contexto). Entre los aspectos que desmotivan a los tutores destaca la sensación de abandono por parte de las entidades educativas, la consideración de escasas contraprestaciones dadas por las universidades y la percepción de la presencia de un alumno como una carga de trabajo extra que entorpece la labor asistencial. En cambio, entre los aspectos motivadores destacan aspectos emocionales, como el sentirse bien con la docencia, y la ayuda física que aporta el estudiante cuando ha adquirido cierta destreza.

En este sentido hemos encontrado iniciativas en otras comunidades autónomas orientadas a la formación de los tutores de Grado por parte del propio sistema sanitario. Sirva como ejemplo la Comunidad de Madrid, que ofrece a sus profesionales asistenciales un plan de formación docente dentro de las actividades de formación continuada que lleva a cabo la Consejería de Sanidad a través de la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación, para dar soporte a las responsabilidades

de los profesionales, en la transmisión de los conocimientos que les son propios y en los que tienen que formarse los futuros graduados sanitarios que hacen prácticas en los centros sanitarios del Servicio Madrileño de Salud. El propósito del programa formativo es dotar, mejorar y reforzar al tutor de estos alumnos en las competencias necesarias para desarrollar su rol con profesionalidad y eficiencia.

La variabilidad en el uso de protocolos y evidencia científica es algo que no surge de manera espontánea entre los estudiantes al hablar de sus prácticas, solamente reflexionan sobre ello al ser cuestionados. Aportan más opiniones los estudiantes de cuarto curso. En su experiencia, el uso de protocolos lo relaciona más con el servicio en general que con personas de manera individual y las situaciones varían desde los servicios donde no se mencionan, los servicios donde se les dice dónde están y los servicios donde se observa su uso de manera sistemática por los profesionales. Viven positivamente su uso, les aporta seguridad y piensan que es bueno para todos, incluso apuntan a la necesidad de un control o exigencia por parte de los responsables para fomentar su uso. Apuntan también la necesidad de actualizaciones periódicas.

Tampoco surge de manera espontánea el uso del proceso enfermero. Llama especialmente la atención en el grupo de segundo, ya que en su informe reflexivo se les pide que intenten identificar el uso del proceso en la práctica. Aun así, es algo que no despierta gran interés sobre ellos y que no surge en el grupo de discusión. En los informes reflexivos, más de la mitad no hacen referencia al proceso ni implícita ni explícitamente. De los que hacen referencia al mismo, algunos muestran conceptos erróneos, otros lo definen a nivel teórico sin identificarlo en la práctica, otros son capaces de identificar alguna etapa (fundamentalmente la valoración) y un número

reducido demuestran conocerlo y son capaces de relacionarlo con la práctica y con las herramientas informáticas que facilitan su registro y uso.

Los estudiantes de cuarto se muestran más familiarizados con el proceso enfermero, aunque tampoco surge el tema de manera espontánea. Cuando son cuestionados sobre ello, dicen que es variable su uso por parte de las enfermeras y que, en general, observan más su uso en los centros de salud. En las entrevistas se vierten reflexiones más elaboradas sobre el tema, llegando a decir el entrevistado que el proceso es algo en lo que se insiste mucho durante la formación teórica, pero que esa relevancia no se observa en la práctica y que su uso es más a nivel inconsciente por parte de los profesionales. Sobre este aspecto, interesa reseñar que en el centro hospitalario donde han realizado las prácticas estos estudiantes existe una aplicación informática para el registro de la actividad de las enfermeras (programa Gacela) orientado según las etapas del proceso. No ocurre lo mismo en los centros de salud.

Creemos que este debe ser motivo de reflexión conjunta entre docentes, asistenciales y gestores. En los planes de estudios aparece la adquisición de esta competencia, en las facultades se incluye en la formación teórica, pero en la realidad asistencial no se identifica, aunque se practique, lo que lleva a dificultades para los asistenciales en la ayuda a la adquisición de competencias por parte de los estudiantes y a ampliar la brecha teoría-práctica. Una vez más nos cuestionamos la relación con los cambios en los planes de estudios, cuando intentamos buscar una explicación a esta circunstancia.

En la figura 19 se muestran las dimensiones relacionadas con la variabilidad de la práctica asistencial desde el punto de vista de los estudiantes.

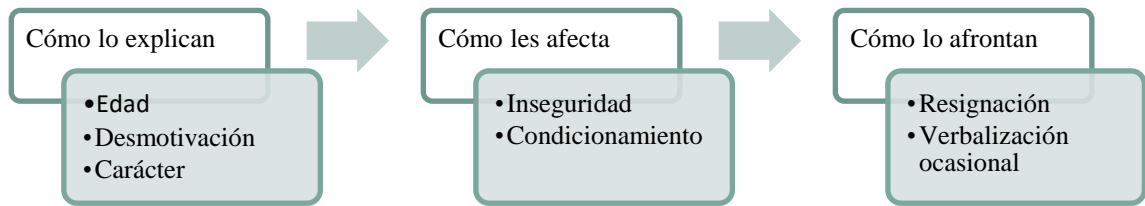


Figura 19. Relación entre dimensiones de variabilidad observada por estudiantes.

CONCLUSIONES

Las conclusiones derivadas de esta investigación cobran cuerpo y apropiación cabal y refinada en el marco del contexto sociológico y asistencial donde hemos focalizado la investigación. Sin embargo, teniendo en cuenta la homogeneidad del contexto formativo de la profesión enfermera, la mirada original y la fecundidad heurística alcanzada pueden ser válidas para otros entornos dentro del territorio nacional.

En términos generales, los estudiantes viven las prácticas clínicas como algo satisfactorio que les permite el encuentro real con la profesión. Para muchos de ellos significa la confirmación de que han hecho la elección correcta.

Aunque el trato con el paciente les reporta satisfacción y les ayuda a identificarse con la profesión, la ejecución de técnicas y procedimientos, ya sean diagnósticos o terapéuticos, es el centro de su atención en el aprendizaje práctico, tanto que el día que no hacen técnicas lo consideran perdido. Este interés por la técnica se mantiene a lo largo de los cuatro años, si bien en los cursos superiores el interés se amplía a otros aspectos. A pesar de todo, tanto en informes reflexivos como en grupos y entrevistas, los estudiantes, de alguna manera, demuestran haber percibido que la buena práctica va más allá de la ejecución correcta de técnicas, aunque no lo verbalicen como tal.

El encuentro con la muerte impacta a los estudiantes de manera intensa, agradecen el apoyo de las enfermeras en la superación de la experiencia y detectan la necesidad de establecer un distanciamiento emocional como técnica de afrontamiento.

Los informes reflexivos son entendidos por los estudiantes, de forma más significativa en los de segundo curso, como una prueba evaluativa cargada de subjetividad por parte del evaluador y no alcanzan a ver en ellos una herramienta de aprendizaje.

Las conclusiones siguientes se relacionan con los objetivos de la investigación.

1. Explorar, describir y analizar la variabilidad en la práctica asistencial enfermera desde la perspectiva de los estudiantes de Grado en Enfermería. (Objetivo general)

Los estudiantes observan la variabilidad en la práctica asistencial de las enfermeras prácticamente desde sus primeros días. La variabilidad más observada se relaciona con la ejecución de técnicas y procedimientos y es la que más preocupa al estudiante ya que se sienten condicionados a la hora de repetir ellos esas técnicas.

También observan la variabilidad de las profesionales en el trato con el paciente y familia, pero lo atribuyen al carácter de cada enfermera y por tanto no se sienten obligados a imitarlas ni incorporarlo a su aprendizaje.

La variabilidad en el trato con los estudiantes es también observada y verbalizada por ellos en sus discursos. Una enfermera que quiere enseñar es el deseo de todos los estudiantes y una enfermera que no quiere enseñar es algo a evitar y una de sus mayores fuentes de estrés.

La variabilidad en el uso de protocolos lo asocian más a las unidades asistenciales en su conjunto y el uso de la evidencia científica a las personas individualmente, fundamentalmente las más jóvenes. Mientras que la variabilidad en la aplicación del

proceso enfermero apenas es percibida por los estudiantes, principalmente por la escasa identificación de la aplicación del mismo en la práctica asistencial, a pesar de las herramientas informáticas facilitadoras.

2. Identificar y analizar los comportamientos de los estudiantes ante la variabilidad en la práctica asistencial de sus tutores. (Objetivo específico 1)

Para ellos la enfermera representa un modelo y una jerarquía. Ante el carácter situado y la variabilidad en el desempeño de los profesionales, el estudiante se atreverá a poner de manifiesto sus observaciones según el grado de confianza que haya establecido con el profesional. Como norma asumen su rol de aprendiz, evitando el enfrentamiento e incluso, en ocasiones, buscando la complacencia y agrado de quienes serán sus evaluadores. Apreciamos la existencia de un comportamiento de adaptación a las circunstancias que remite a cuestionar hasta qué punto resulta compatible con la plasmación de las competencias formativas que guardan relación con la emergencia de una acción orientada a la solución creativa de los problemas.

Solo si se establece un grado de confianza suficiente, el estudiante plantea sus observaciones sobre la diferente forma de hacer de los profesionales, lo que suele ser más fácil con los profesionales más jóvenes.

Los estudiantes piensan que la variabilidad en la práctica asistencial de las enfermeras no tiene repercusiones sobre la salud o bienestar de los pacientes. No reparan en la variabilidad de la práctica por omisión. El trato a los pacientes y familias lo vinculan al carácter, por tanto, lo asumen como algo inevitable.

3. Determinar si existen diferencias entre las percepciones de los estudiantes tras la primera rotación de prácticas clínicas (segundo curso) y las rotaciones del último curso de la titulación (cuarto curso). (Objetivo específico 2)

En términos generales no se observan grandes diferencias entre los estudiantes de segundo y cuarto curso. El interés por la realización de técnicas se mantiene, si bien en cuarto curso el interés de los estudiantes se amplía a otros aspectos, como el uso de la evidencia, su preparación para afrontar la vida profesional y el trabajo en equipo, entre otros.

4. Explorar la existencia de factores asociados a la variabilidad en la práctica enfermera. (Objetivo específico 3).

La edad de los profesionales es algo que los estudiantes asocian a la variabilidad en la ejecución de procedimientos y a la variabilidad en las respuestas al ser cuestionados, pero no se cuestionan el porqué de esta relación.

La desmotivación y la edad son factores que los estudiantes asocian a la no actualización en el ejercicio profesional (hacer las cosas como se han hecho siempre) y a la falta de interés por la colaboración docente, pero no necesariamente con la forma de tratar a los pacientes y familias.

Atribuyen principalmente al carácter y ocasionalmente a la desmotivación de cada enfermera, la forma de tratar a los pacientes y familia y, por tanto, no se sienten obligados a imitarlas ni incorporarlo a su aprendizaje.

5. Conocer la identificación del proceso de enfermería por los estudiantes como metodología de trabajo. (Objetivo específico 4).

En general los estudiantes no son conscientes de la aplicación del proceso enfermero en la práctica asistencial, solo piensan en ello cuando se les pregunta u obliga a reflexionar. La etapa del proceso que mencionan con más frecuencia es la valoración lo que contrasta con su constante preocupación por las actividades de la etapa ejecución.

6. Identificar aspectos de mejora en el diseño de las prácticas a través de las observaciones de los estudiantes. (Objetivo específico 5).

La asignación de colaboradores clínicos es algo en lo que se debe seguir avanzando, buscando las fórmulas que mejor satisfagan los intereses de todos los implicados y permitan un adecuado desarrollo del aprendizaje experiencial y colaborativo.

Es preciso encontrar fórmulas satisfactorias para la evaluación de las asignaturas prácticas.

Se debe seguir trabajando en la práctica reflexiva de forma que permita el aprendizaje y difumine la brecha teoría-práctica.

Las implicaciones para la práctica derivadas de este estudio pueden circunscribirse tanto al ámbito asistencial como docente en el campo de la enfermería.

Sería deseable avanzar en la práctica reflexiva. Incorporar la reflexión en la toma de decisiones ante las situaciones planteadas en el ejercicio profesional. La práctica reflexiva debería ser objetivo tanto en la asistencia como en la docencia, de esta forma el estudiante se impregnaría de ella. El uso de los diarios o informes reflexivos, como herramientas facilitadoras de la práctica reflexiva para el estudiante, constituyen, a su vez, una fuente extraordinaria de información para los profesores y tutores de cara a la detección de necesidades de los estudiantes.

Es imprescindible una coordinación entre docentes, asistenciales y gestores para disminuir la brecha teoría-práctica. Es imperativo que los docentes reconozcan la importancia de la práctica y el conocimiento en ella incrustado, conocimiento que puede y debe informar el diseño y la práctica curricular. El conocimiento académico es acontextual y estable, mientras que el conocimiento en la práctica es concreto, inestable y sometido a un proceso constante de comprensión-transformación. La práctica profesional y las experiencias de las enfermeras son la fuente para el desarrollo teórico de la disciplina.

Sería necesario, tanto en el ámbito docente como asistencial, contextualizar el valor de las técnicas con respecto a lo que supone un desempeño profesional enfermero, donde la técnica es solo uno de sus aspectos y precisamente el que más fácilmente podría ser sustituido por máquinas o robots.

Son muchos los actores implicados en la formación práctica de los estudiantes, sin embargo, en este trabajo se ha puesto de manifiesto el papel relevante de los

colaboradores clínicos en el proceso de aprendizaje de los estudiantes. Creemos que sus opiniones y recomendaciones deberían ser tenidas en cuenta por los docentes a la hora de establecer objetivos, competencias y responsabilidades. Al mismo tiempo, entendemos necesario determinar el grado de conocimiento y familiarización de los colaboradores asistenciales con las estrategias enseñanza-aprendizaje del EEES, con el fin de incluirlas en su formación continuada y actividades formativas.

Nos parece interesante mejorar la formación de los profesionales asistenciales sobre aspectos relacionados con el proceso de comunicación entre tutor y estudiante, herramientas didácticas, metodologías de evaluación y el marco filosófico, organizativo y normativo de las titulaciones y las prácticas clínicas, en el contexto de la formación continuada de los profesionales asistenciales, como ya se ha puesto en marcha en otros entornos.

Se ha de seguir avanzando en la evaluación de las prácticas de los estudiantes.

La inclusión de competencias transversales relacionadas con el afrontamiento podría facilitar no solo la incorporación de los estudiantes a sus prácticas clínicas, sino que seguramente también repercutirá en su incorporación a la vida laboral.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

La investigación se centra exclusivamente en el punto de vista de los estudiantes, quedando pendiente la perspectiva del resto de actores implicados en su formación como son colaboradores clínicos, tutores de prácticas, tutores académicos y gestores.

Aunque las conclusiones derivadas de esta investigación se expliquen en el marco del contexto sociológico y asistencial donde ha tenido lugar, considerando la homogeneidad del contexto formativo de la profesión enfermera, creemos pueden ser válidas para otros entornos dentro del territorio nacional. En este sentido se difundirán los resultados en foros de expertos, congresos y reuniones científicas y mediante la publicación en revistas especializadas. Se espera poder utilizar los resultados del estudio para la mejora y avance de la formación práctica en enfermería, fomentando la práctica reflexiva

Como futuras líneas de investigación consideramos que un estudio similar a este realizado con profesionales asistenciales permitiría explorar sus propias vivencias sobre este proceso en el que se ven inmersos sin buscarlo. Asimismo, sería interesante conocer el discurso que emerge de grupos discusión donde se encuentren juntamente estudiantes y tutores.

En el ámbito académico merecería la pena preguntarse por qué, a pesar de toda la formación teórica que reciben los estudiantes sobre el concepto holístico de los cuidados, la atención centrada en el paciente, la participación del paciente y familia en

los cuidados, la formación de estudiantes en escucha activa y relación terapéutica y el uso de una metodología de trabajo, los estudiantes siguen pensando que la relación con el paciente se establece en función del carácter o la motivación del profesional.

En el ámbito asistencial creemos necesaria una reflexión profunda sobre el uso en la práctica de lo que los docentes llaman metodología enfermera y taxonomías enfermeras y que en la práctica se difumina como si fuesen aspectos teóricos paralelos, pero que nunca se encuentran.

REFERENCIAS DOCUMENTALES

- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. (2004). *Libro blanco. Título de Grado de Enfermería*. Obtenido de http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf
- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. (2013). *Informe técnico. Análisis de la evaluación de los planes de estudio de grado en el ámbito de las ciencias de la salud (2008-2011). Propuestas y recomendaciones*. Obtenido de http://cnde.es/contenido/ficheros/Resumen_Ejecutivo_Titulo_Grado_Enfermeria_ANECA_2013.pdf
- Alfaro-LeFevre, R. (2007). *Aplicación del proceso enfermero*. Barcelona: Elsevier-Masson.
- Alfaro-LeFevre, R. (2009). *Pensamiento crítico y juicio clínico en Enfermería*. Barcelona: Elsevier-Masson.
- Allué, M. (2002). El etnógrafo discapacitado. Algunos apuntes sobre la observación de las conductas frente a la discapacidad. *Acciones e investigaciones sociales*(15), 55-70.
- Álvarez-Sierra, J. (1955). *Historia de la Profesión adaptada al programa de Ayudante Técnico Sanitario*. Madrid: Publicaciones de la Academia Murga.
- American Nurses Association. (2010). *Nursing: Scope and standard of practice*. Washington DC: NursesBooks.org.
- Amezcuca, M., & Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista española de salud pública*, 76(5), 423-436.
- Andreu, J. (2002). *Las técnicas de Análisis de Contenido: una revisión actualizada*. Sevilla: Centro de estudios andaluces. Obtenido de <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>
- Argüello, M. (2017). *Desarrollo del perfil de competencias del tutor de las prácticas clínicas de Enfermería (Tesis doctoral)*. Madrid: Universidad Autónoma. Obtenido de <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarSeleccion.do>
- Arreciado, A. (2013). *Identidad profesional enfermera: construcción y desarrollo en los estudiantes durante su formación universitaria (Tesis doctoral)*. Barcelona: Universidad de Barcelona. Obtenido de <http://hdl.handle.net/2445/49181>

- Bados, A., & García, E. (2014). *Resolución de problemas*. Barcelona: Universitat de Barcelona. Facultat de Psicologia. Obtenido de <https://www.coursehero.com/file/21691470/Resoluci%C3%B3n-problemas/>
- Beam, R., O'Brien, R., & Neal, M. (2010). Reflective practice enhances public health nurse implementation of nurse-family partnership. *Public Health Nursing, 27*(2), 131-139.
- Benner, P. (1984). *From novel to expert: power and excellence in nursing practice*. Palo Alto (CA): Adisson-Wesley.
- Berelson, B. (1952). *Content analysis in communication research*. Glencoe: Free Press.
- Berenguer, J., Esteve, M., & Verdaguer, A. (2004). La disminución de la variabilidad en la práctica asistencial: del marco teórico conceptual a la implementación y evaluación, una necesidad. *Revista de Calidad Asistencial, 19*(4), 213-5.
- Berenguera, A., Fernandez-Sanmamed, M., Pons, M., Pujol, E., Rodriguez, D., & Saura, S. (2014). *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las ciencias de la salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. Barcelona: IDIAP J.Gol.
- Blasco, J., & Mengual, S. (2010). Análisis de datos cualitativos asistidos por ordenador en Ciencias de la Educación. *Claves para la investigación en innovación y calidad educativas. La integración de las Tecnologías de la Información y la Comunicación y la Interculturalidad en las aulas*. (U. d. Alicante, Ed.) Alicante, España: Marfil.
- Bonasa, M. (2016). *Estudiantes de Enfermería y profesionales de Enfermería: factores de riesgo y factores de protección para garantizar el bienestar psicológico y su calidad de vida laboral. (Tesis doctoral)*. Universidad Rovira y Virgili. Obtenido de <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarSeleccion>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101.
- Calderón, C. (2002). Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. *Revista española de salud pública, 76*(5), 473-482.
- Calderón, C. (2009). Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura. *FQS, 10*(2). Obtenido de <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1294/2766>
- Cervera, Á. (2016). *Validación y resultados de un cuestionario para medir la implicación de las enfermeras clínicas en la formación de los estudiantes de*

Grado en Enfermería. (Tesis doctoral). Castellón: Universidad Jaime I.
Obtenido de <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarSeleccion.do>

Coffey, A., & Atkinson, P. (2003). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos*.
Medellín: Universidad de Antioquía.

Comunidad de Castilla y León. Consejería de la Presidencia. (2010). *Resolución por la que se ordena la publicación del Convenio específico de colaboración entre la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León y la Universidad de Burgos, en materia docente y de investigación en ciencias de la salud*.
Valladolid: BOCyL.

Comunidad de Castilla y León. Consejería de la Presidencia. (2010). *Resolución por la que se ordena la publicación del Convenio marco de colaboración entre la Gerencia Regional de Salud y las universidades públicas de Burgos, León, Salamanca y Valladolid en materia docente y de investigación en ciencias de la salud*.
Valladolid: BOCyL.

Comunidad de Castilla y León. Consejería de la Presidencia. (2013). *Resolución por la que se ordena la publicación de la Modificación de la cláusula quinta del concierto específico de colaboración en materia docente y de investigación en ciencias de la salud de 16 de junio 2010*.
Valladolid: BOCyL.

Comunidad de Castilla y León. Consejería de la Presidencia. (2015). *Resolución por la que se aprueba la publicación de la Modificación de la cláusula cuarta, quinta y octava del concierto específico de colaboración en materia docente y de investigación en ciencias de la salud, de 16 de junio de 2010*.
Valladolid: BOCyL.

Comunidad de Madrid. (s.f.). *Portal de Salud. Formación de tutores de grado*.
Obtenido de
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354285712667&language=es&page name=PortalSalud%2FPage%2FPPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1142324731195

Contreras, P., Assael, J., Acuña, F., Santa Cruz, E., Campillay, B., & Pujadas, B. (2016). Construyendo saber etnográfico: reflexiones a partir de la experiencia de campo en instituciones escolares. *Athenea Digital*, 16(3), 55-79.

De la Cuesta, C. (2011). La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enfermería clínica*, 21(3), 163-167.

Del Castillo, F. (2012). Variabilidad en la práctica enfermera en Atención Primaria. *Revista de la sociedad de enfermería de Atención Primaria de Asturias(Año X)*. Oviedo, Asturias: SEAPA.

- Denzin, N., & Lincoln, Y. (1998). *Collecting and interpreting qualitative materials*. Londres: Sage.
- Doegens, E., & Moorhouse, M. (2013). *Application of nursing process and nursing diagnosis. An interactive text for diagnosis reasoning*. Philadelphia: FA Davis company.
- Domínguez-Alcón, C. (1986). *Los cuidados y la profesión enfermera en España*. Madrid: Pirámide.
- Etxeberria, A., & Rotaecche, R. (2006). Guías de práctica clínica basadas en la evidencia: desarrollo actual y perspectivas futuras. *Revista de Calidad Asistencial*, 21(5), 228-37.
- Falcó, A. (2004). La nueva formación de profesionales: sobre la competencia profesional y la competencia del estudiante de enfermería. *Educación médica*, 7(1), 42-45.
- Fernández-de-Maya, J., & Richart-Martínez, M. (2010). Variabilidad de la práctica clínica. Situación actual y retos para enfermería. *Enfermería Clínica*, 20(2), 114-118.
- Fernández-de-Maya, J., & Richart-Martínez, M. (2012). Variabilidad en la práctica clínica en enfermería, una revisión integradora. *Acta Paul Enferm*, 25(5), 809-816. Obtenido de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/25.pdf>
- Ferrús, L., Honrado, G., & Pintado, D. (2001). Grupos relacionados con el diagnóstico e intensidad de cuidados de enfermería: variabilidad e intensidad de los cuidados enfermeros. *Enfermería Clínica*, 11(6), 239-246.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata SL.
- Gadamer, H. (1998). *Verdad y método II*. (M. Olasagasti, Trad.) Salamanca: Ediciones Sígueme. Obtenido de http://medicinayarte.com/img/gadamer-verdad_y_metodo_ii.pdf
- García-García, I., & Gozalbes, E. (2012). Investigación en Enfermería y en Historia de la Enfermería Española. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 100-104. Obtenido de <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v21n1-2/7742r.php>
- Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. New Brunswick (USA): Aldine Transaction.

- González, J., & Wagenaar, R. (2006). *Tuning Educational Structures in Europe. La contribución de las universidades al proceso de Bolonia*. Bilbao: Publicaciones Universidad de Deusto. Obtenido de http://tuningacademy.org/wp-content/uploads/2014/02/Universities-Contribution_SP.pdf
- González, T. (2000). Vocación, profesión y profesionalidad. *Acontecimiento*(54), 49-53. Obtenido de <http://www.mounier.es/revista/pdfs/054049053.pdf>
- González-Gil, T. (2009). Flexibilidad y reflexividad en el arte de investigación cualitativa. *Index de enfermería*, 18(2), 121-125.
- González-Hernando, C., Martín-Villamor, P., Carbonero-Martín, M., & Lara-Ortega, F. (2013). Evaluación por competencias de los estudiantes de Enfermería a través de Aprendizaje Basado en Problemas. *Enfermería Universitaria*, 10(4), 120-124.
- Guba, E. (1981). Criterios de credibilidad en la investigación cualitativa. En J. Gimeno, & A. Pérez, *La enseñanza: su teoría y práctica* (págs. 148-165). Madrid: Akal.
- Hammersley, M. (1992). *What's wrong with ethnography?* Londres: Routledge.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1995). *Etnografía*. Barcelona: Paidós.
- Heidegger, M. (1927). *Ser y tiempo*. (J. Rivera, Trad.) Edición digital. Obtenido de <http://www.afoiceomartelo.com.br/posfsa/Autores/Heidegger,%20Martin/Heidegger%20-%20Ser%20y%20tiempo.pdf>
- Hernández, J. (1995). *Historia de la enfermería*. Madrid: MacGraw-Hill interamericana de España.
- Hernández, V., Hidalgo, C., & Stagnaro, A. (2005). *Etnografías globalizadas*. Buenos Aires: Sociedad argentina de antropología. Obtenido de http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers13-03/010046370.pdf
- Hostil, O. (1969). *Content analysis for the social sciences and humanities*. Addison Wesley.
- Husserl, E. (1982). *La idea de la fenomenología. Cinco lecciones*. Madrid: Ediciones FCE España. Obtenido de <https://fenomenologiaymundo.files.wordpress.com/2013/07/edmund-husserl-la-idea-de-la-fenomenologia-1982.pdf>
- Jiménez-Eguizábal, A. (2008). La convergencia europea. Escenarios del cambio, dimensiones creativas y actores de los nuevos modos de hacer universidad. En *Repensar y construir el Espacio Europeo de Educación Superior*.

Políticas, tendencias, escenarios y procesos de innovación (págs. 15-33).
Madrid: Dykinson.

- Lapeña-Moñux, Y., Orts-Cortés, M., Maciá-Soler, M., Salas-Medina, P., Martínez-Martínez, A., & Palacios-Ceña, D. (2014). Integración laboral y desarrollo profesional en los distintos entornos clínicos del hospital. Las experiencias vividas de las enfermeras. *Investigación cualitativa en salud*, 2, 285-289.
- León, E. (2009). El giro hermenéutico de la fenomenológica en Martin Heidegger. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, 8(22). Obtenido de <https://polis.revues.org/2690>
- Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beberly Hills, California: Sage.
- Löfgren, K. (2013). Qualitative analysis of interview data, a basic step by step guide. De <https://www.youtube.com/watch?v=DRL4PF2u9XA>. Sweden.
- Long, S. (2014). QDA Miner - Qualitative Data Analysis. De <https://www.youtube.com/watch?v=ziCxFIU0yZY>.
- Lorenzo, S., Mira, J., & Sánchez, E. (2000). Gestión de la calidad total y medicina basada en la evidencia. *Medicina Clínica*, 114(12), 460-3.
- Lozano-León, T., Romero, E., & Lozano, M. (2012). La enfermería reflexiva como paradigma ante la coyuntura socio-económica actual. *Index de enfermería*., 21(4), 183-184. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300001
- Marión, J., Peiró, S., Márquez, S., & Meneu, R. (1998). Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. *Medicina Clínica*, 110(10), 382-390.
- Martínez, M., & Chamorro, E. (2011). *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*. Barcelona: Elsevier España.
- Martínez-Guzmán, A., Stecher, A., & Íñiguez-Rueda, L. (2016). Aportes de la psicología discursiva a la investigación cualitativa en psicología social: análisis de su herencia etnometodológica. *Psicología USP*, 27(3), 510-520. Obtenido de <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v27n3/1678-5177-pusp-27-03-00510.pdf>
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciencia & Saude Colectiva*, 17(3), 613-619.
- Mauthner, N., & Doucet, A. (2003). Reflexive accounts and accounts of reflexivity in qualitative data analysis. *Sociology*, 37(3), 413-431.

- Medina, J., & Castillo, S. (2006). La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. *Texto y contexto enfermagem*, 15(2), 303-311. Obtenido de <http://www.redalyc.org/html/714/71415215/>
- Mejías, B., Francés, M., López, M., Pérez-Cañaveras, R., & Vizcaya-Moreno, M. (2013). Opinión de los estudiantes sobre el Prácticum del Grado en Enfermería de la Universidad de Alicante. *XI Jornadas de Redes de Investigación en Docencia Universitaria*. Alicante: Universidad de Alicante.
- Meneses, M. (2008). La reflexividad como herramienta de la investigación cualitativa. *Nure*(30).
- Mieles, M., Tonon, G., & Alvarado, S. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas humanística*(74), 195-225.
- Miles, M., & Huberman, A. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Londres: Sage.
- Mínguez-Moreno, I., & Siles, J. (2014). Pensamiento crítico en enfermería: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva. *AQUICHAN*, 14(4), 594-604. Obtenido de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2734/3748>
- Ministerio de Ciencia en Innovación. (2008). Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de enfermero. Madrid: BOE.
- Ministerio de Educación Nacional. (1953). *Orden 4 agosto de 1953. Escuela de Enfermeras. Normas de estudio*. Madrid: BOE. Obtenido de <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/1879b97e-bb6a-48a3-91e6-e754fa1872eb/3112EC7F-9239-46B9-9268-83013A056E0D/c>
- Ministerio de Educación Nacional. (1955). *Orden 4 de julio de 1955. Ayudantes Técnicos Sanitarios. Normas para nueva organización de estudios*. Madrid: BOE. Obtenido de <http://www.codem.es/Documentos/Informaciones/Publico/1879b97e-bb6a-48a3-91e6-e754fa1872eb/fb3b1e7f-01fd-400d-95>
- Ministerio de Educación y Ciencia. (1977). *Orden de 31 de octubre de 1977 por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de estudios de las Escuelas universitarias de Enfermería*. Madrid: BOE. Obtenido de <http://www.boe.es/boe/dias/1977/11/26/pdfs/A25987-25989.pdf>

- Ministerio de Educación y Ciencia. (2007). Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Madrid: BOE.
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. (s.f.). Base de datos de tesis doctorales (TESEO). Madrid. Obtenido de <https://www.educacion.gob.es/teseo/irGestionarConsulta.do>
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. (s.f.). *Estadística de universidades, centros y titulaciones. Curso 2016-17*. Madrid. Obtenido de <http://www.mecd.gob.es/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/educacion/universitaria/estadisticas/universidades-centros-titulaciones/curso-2016-2017>.
- Ministerio de Fomento. (1857). *Ley de Instrucción Pública*. Madrid. Obtenido de <http://www.filosofia.org/mfa/e1857ley.htm>
- Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. (1915). *Real orden aprobando el programa de los conocimientos que son necesarios para habilitar de enfermeras a las que la soliciten, pertenecientes o no a Comunidades religiosas*. Madrid: Gaceta de Madrid. Obtenido de <http://www.um.es/documents/479763/2033837/1915+Real+Orden+de+7+de+may>
- Ministerio de la Gobernación. (1944). *Ley de 25 de noviembre de 1944 de Bases de Sanidad Nacional. BOE 26 noviembre 1944*. Madrid: BOE. Obtenido de <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1944/331/A08908-08936.pdf>
- Ministerio de la Presidencia. (2011). *Real Decreto 1707/2001, de 18 de noviembre, por el que se regulan las prácticas académicas externas de los estudiantes universitarios*. Madrid: BOE.
- Morales, J., Hueso, C., De Pedro, J., & Bennasar-Veni, M. (2017). 1977-2017: La investigación enfermera en España tras 40 años de universidad. *Enfermería Clínica*, 27(5), 314-326. Obtenido de <https://iprlicense.com/Books/Details/18092383>
- Mruck, K., & Breuer, F. (Mayo de 2003). Subjectivity and reflexivity in cualitative research. *Forum: Qualitative Social Research*, 4(2). Obtenido de <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/696/1505>
- Murillo, J. (2003). *Teoría fundamentada o Grounded theory*. Madrid: Universidad autónoma de Madrid. Obtenido de <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2016/01/Teoriafundamentada.-Una-sintesis.-pdf.pdf>

- National Institute of Health. (1979). *Informe Belmont: Principios éticos y pautas para la protección de seres humanos en la investigación*. EEUU. Obtenido de <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Navarro, M., González, I., & Espinosa, M. (2015). Valoración de los protocolos de acogida de los estudiantes de Enfermería ¿Tenemos suficiente información? *Investigación y Cuidados. Revista de la Organización Colegial de la Comunidad Valenciana*, 13(32), 11-18.
- Ortega, M. (2002). De ATS a Diplomado en Enfermería (1953-2002). *Rol de Enfermería*, 9(25), 576-581.
- Palmero, C. (2008). Envejecimiento activo. Educación a lo largo de la vida y Convergencia Europea. Evaluación de la calidad de los programas universitarios de personas mayores. En *Repensar y Construir el Espacio Europeo de Educación Superior. Políticas, tendencias, escenarios y procesos de innovación* (págs. 371-388). Madrid: Dykinson.
- Palomino, P., Frías, A., Grande, M., Hernández, M., & Del Pino, R. (2005). El Espacio Europeo de Educación Superior y las competencias enfermeras. *Index de Enfermería*, 14(48-49), 50-53.
- Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2005). Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Diario oficial de la Unión Europea.
- Pérez, M., & González, S. (2008). Diseño y evaluación de competencias. Definición, clasificación y perfiles competenciales. En A. Jiménez, *Repensar y construir el Espacio Europeo de Educación Superior. Políticas, tendencias, escenarios y procesos de innovación* (págs. 125-145). Madrid: Dykinson.
- Pérez-Fuillerat, N., Solano-Ruiz, M., & Amezcua, M. (2018). Conocimiento tácito: características en la práctica enfermera. *Gaceta Sanitaria*, En prensa. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.002>
- Polanyi, M. (2009). *The tacit dimensions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ramos-Rodríguez, J. (2018). *Aprendizaje colaborativo en Enfermería*. Universidad de Cádiz. Cádiz: RODIN. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10498/19945>
- Ricoeur, P. (2006). *Teoría de la interpretación* (6 ed.). (G. Monges, Trad.) Madrid: Siglo XXI editores. Obtenido de <http://www.heortiz.net/ampag/hermeneutica/Ricoeur-TeoriaDeLaInterpretacion.PDF>
- Rivera, L. (2013). *Saber y experiencia de el/la estudiante de enfermería en sus prácticas de cuidado (Tesis doctoral)*. Barcelona: Universidad de Barcelona.

- Rodríguez, M., Ruiz, M., González, P., Fernández, M., & De Blas, I. (2012). *Reflexiones de estudiantes en el final de su formación*. Madrid: IX Jornadas Internacionales de Innovación Universitaria.
- Rodríguez-García, M., Medina-Moya, J., González-Pascual, J., & Cardenete-Reyes, C. (2018). Experiential learning in practice: An ethnographic study among nursing. *Nurse Education in Practice*, 29, 41-47.
- Royo, A. (2016). *Los tutores como agentes de formación en las prácticas de Grado de Enfermería. (Tesis doctoral)*. Murcia: Universidad Católica de San Antonio. Obtenido de <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarSeleccion.do>
- Romaní, O. (2013). *Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*. Tarragona: Publicaciones URV.
- Romero, M. (2010). El aprendizaje experiencial y las nuevas demandas formativas. *Revista de Antropología Experimental*, 10(Especial de Educación 8), 89-102. Obtenido de <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae/article/view/1970/1718>
- Ruiz-Olabuénaga, J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- San Rafael, S., Siles, J., & Solano-Ruiz, C. (2014). El diario del estudiante de enfermería en la práctica clínica frente a los diarios realizados en otras disciplinas. Una revisión integradora. *Aquichan*, 14(3), 403-416. Obtenido de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2218>
- Sánchez, A., & Valverde, J. (2008). Innovación docente e instrucciones en el EEES: el mapa conceptual como estrategia facilitadora del proceso enseñanza aprendizaje. En *Repensar y Construir el Espacio Europeo de Educación Superior* (págs. 285-305). Madrid: Dykinson.
- Sánchez, C. (2003). La reflexividad en el texto etnográfico. *Revista de dialectología y tradiciones populares*, 51(1), 71-84.
- Sandín, M. (2000). Criterios de validez en la investigación cualitativa: de la objetividad a la solidaridad. *Revista de investigación educativa*, 18(1), 223-242.
- Sandoval, C. (1996). *Investigación cualitativa*. Bogotá: ICFES.
- Sanmamed, M., & Calderón, C. (2008). Investigación cualitativa en Atención Primaria. En A. Martín-Zurro, & J. Cano, *Atención Primaria. Concepto, organización y práctica clínica* (págs. 211-238). Madrid: Elsevier.

- Santo-Tomás, M. (2008). Fuentes iconográficas para la investigación de la historia de la enfermería. *Hiades*, 10(1), 148-166.
- Schön, D. (1992). *La formación de profesioales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la formación y el aprendizaje en las profesiones*. Madrid: Paidós MEC.
- Schön, D. (1998). *El profesional reflexivo. Como piensan los profesionales cuando actúan*. Barcelona: Paidós.
- Schutz, A. (1993). *La construcción significativa del mundo social*. Barcelona: Paidós.
- Sellán, M. (2009). *La profesión va por dentro: elementos para una historia de la enfermería española contemporánea*. Madrid: Fuden.
- Siles, J. (1999). *Historia de la Enfermería*. España: Aguaclara.
- Siles, J., Solano, M., Noreña, A., Gabán, A., Gil, M., Martínez, A., . . . Conca, M. (2014). Percepción de los alumnos de enfermería de las unidades especiales a través de sus diarios. *XII Jornadas de redes de investigación en docencia universitaria* (págs. 510-525). Alicante: Universidad de Alicante.
- Stenius, K., Mäkelä, K., Miosvký, M., & Gabrhelik, R. (2017). How to Write Publishable Qualitativwe Research. En T. Babor, K. Stenius, R. Pates, M. Miosvký, J. O'Reilly, & P. Candon, *Publishing Addiction Science: a Guide for the Perplexed* (págs. 155-172). London: Ubiquity Press.
- Suarez, C., Del Moral, G., & González, M. (2013). Consejos prácticos para escribir un artículo cualitativo publicable en Psicología. *Psychological Intervention*, 22(1), 71-79.
- Tanner, C. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Teddli, C., & Yu, F. (2007). Mixed methods sampling: a typology with examples. *Journal of mixed methods of research*, 1(1), 77-100.
- Tojar, J. (2006). *Investigación cualitativa: comprender y actuar*. Madrid: La Muralla DL.
- Universidad de Burgos. (2016). *Normativa de Prácticas Externas. Grado en Enfermería*. Facultad de Ciencias de la Salud, Burgos. Obtenido de https://www.ubu.es/sites/default/files/portal_page/files/normativa_practicas_externas_enfermeria-1.pdf

- Valles, M. S. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis, S.A.
- Van Manen, M. (2003). *Investigación educativa y experiencia vivida*. Barcelona: Idea books, S.A. Obtenido de <https://www.scribd.com/doc/172841140/Libro-Investigacion-educativa-y-experiencia-de-vida-Van-Manen>
- Ventosa, F. (1984). *Historia de la Enfermería Española*. Madrid: Ciencia 3.
- Wilkinson, J., & Ahern, N. (2009). *Manual de diagnósticos de enfermería*. Madrid: Pearson educación.
- Woods, P. (1998). *Investigar el arte de la enseñanza*. Barcelona: Paidós.
- Yura, H., & Walsh, M. (1967). *The nursing process*. Norwalk: Appleton-Century-Croft.

ANEXOS

Anexo A. Competencias transversales Enfermería

HABILIDAD	% importancia
2. Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica	86
17. Trabajo en equipo	83
30. Motivación	82
28. Compromiso ético	79
15. Resolución de problemas	77
5. Conocimientos básicos de la profesión	76
10. Capacidad de aprender	76
29. Preocupación por la calidad	74
20. Capacidad para trabajar en un equipo interdisciplinar	73
16. Toma de decisiones	72
13. Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones	69
4. Conocimientos generales básicos sobre el área de estudio	60
12. Capacidad de crítica y autocrítica	59
21. Capacidad para comunicarse con personas no expertas en materia	58
18. Habilidades interpersonales	56
1. Capacidad de análisis y síntesis	55
3. Planificación y gestión del tiempo	55
6. Comunicación oral y escrita en la lengua materna	55
25. Habilidad para trabajar de manera autónoma	51
14. Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad)	44
22. Apreciación de la diversidad y la multiculturalidad	40
27. Iniciativa y espíritu emprendedor	40
9. Habilidades de investigación	24
8. Habilidades básicas de manejo de ordenadores	21
26. Diseño y gestión de proyectos	18
19. Liderazgo	15
24. Conocimiento de culturas y costumbres de otras culturas	15
23. Habilidad para trabajar en un contexto internacional	13
7. Conocimiento de una segunda lengua	11

Anexo B. Métodos didácticos utilizados en Enfermería (Proyecto Tuning)

Métodos / términos didácticos Véase lista de referencia para definiciones	Empleo habitual por los departamentos de Tuning en Enfermería: Con frecuencia (F) / A veces (S) / Rara vez (R)													Definición o significado de utilizarse en su país en Enfermería (o bien referencia a un texto definido de uso habitual; véase anexo 3)
	B	D	F	G	H	I	M	N	No	Sk	Sp	U	K	
Clases	F	F	F	S	F	F	F	F	F	F	F	F	F	Sesión conducida por el profesor en su mayor parte informativa
Tutorías	S	F	F	F	S	F	S	S	S	F	F	F	F	Sesión interactiva basada en temas propuestos por el profesor para uno o más estudiantes
Grupos pequeños	F	F	F	F	F	F	S	S	F	F	F	F	F	Diferentes según los cursos y el número de estudiantes
Aprendizaje en grupos grandes	S		S	R	F	F	F	F	F	F	F	F	F	
Prácticas	F		*	*	F	F	S	S	F	F	F	F	F	Ensayo de habilidades prácticas en entornos no clínicos
Práctica en clínicas	F	F	S	*	F	S	F	F	F	F	F	F	F	Experiencia en Enfermería
Trabajo de laboratorio	F	S	*	*	F	F	*	*	F	S	F	F	F	Utilización de laboratorios científicos para experimentos o investigaciones
Lecturas	S	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	
Estudio guiado	f	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	Trabajo preparado para estudiantes sobre temas propuestos
Libro de trabajo	F	F	S	R	F	S	F	F	S	F	F	F	S	Tareas teóricas estructuradas en formato escrito
Discusiones	F	F	F	F	F	F	S	S	F	F	F	F	F	Intercambio verbal de ideas
Debates	S	F	F	F	F	S	S	S	F	F	S	S	S	Defensa y crítica de ideas
Juegos de rol	F	S	R	S	F	F	S	S	S	S	F	S	S	Interpretación de papeles

Métodos / términos didácticos Véase lista de referencia para definiciones	Empleo habitual por los departamentos de Tuning en Enfermería: Con frecuencia (F) / A veces (S) / Rara vez (R)													Definición o significado de utilizarse en su país en Enfermería (o bien referencia a un texto definido de uso habitual; véase anexo 3)
	B	D	F	G	H	I	M	N e	N o	Sk	Sp	UK		
Simulaciones	F	R	R	R	F	R	S	S	S	S	F	F		Práctica de situaciones no reales
Visitas de observación	S	R	S	R	F	R	S	S	S	S	S			
Visitas a ...	S		R	S	F	S	S	S	S	F	S	S		Instituciones, departamentos
Aprendizaje basado en problemas	S	S	S	S	F	F	S	S	F	F	S	F		
Aprendizaje virtual	S	F	F	S	S	R	R	R	F	R	S	F		
Aprendizaje basado en preguntas	S		S	S	F	F	S	S	F	S	S	F		
Creación de portafolios	R	S	S	S	F	F	F	F	F	S	S	F		
Aprendizaje interprofesional	F	S	S	S	F	F	S	S	F	F	F	F		Aprendizaje combinado de dos o más disciplinas profesionales
Aprendizaje durante toda la vida	S		F	F	F	S	F	S	F	S	R	F		
Aprendizaje electrónico	S	S	F	S	S	R	R	S	F	S	S	F		
Aprendizaje a distancia	R	R	F	R	S	R	R	R	F	S	R	R		
Aprendizaje de descubrimientos	R		S	S	S	S	S	S	F	S	S	R		
Aprendizaje experiencial	F		F	F	F	S	S	F	F	F	F	F		
Basado en la tecnología de la información o en la web	S	F	F	F	F		R	F	F	F	S	F		
Entrenamiento	F	F	F	F	F	F	S	F	F	F	F	S		

Métodos / términos didácticos Véase lista de referencia para definiciones	Empleo habitual por los departamentos de Tuning en Enfermería: Con frecuencia (F) / A veces (S) / Rara vez (R)													Definición o significado de utilizarse en su país en Enfermería (o bien referencia a un texto definido de uso habitual; véase anexo 3)
	B	D	F	G	H	I	M	Ne	No	Sk	Sp	UK		
Supervisión	F	F	S	*	F	S	S	S	F	F	F	F	Supervisor en establecimiento clínico	
Juegos	S		R	R	F	R	R	R	S	S	R	R		
Internados	R		*	F	F	*	*		S	S	R	R		
Aprendizaje clínico	F	F	R	*	F	S	S	F	F	F	F			
Vigilancia	S	R	S	*	F	*	*	F	S	F	F	R	Observación y seguimiento de un médico para aprender su papel y actuaciones	
Cintas de video / audio	F	F	S	F	F	S	R	F	F	F	F	S		
Drama	S	R	R	R	S	R	R	R	S	R	S	R		
Estudios especiales / proyectos / tesinas	F		F	F	F	F	F	F	S	F	S		Todos realizan un proyecto de final de año, pero algunos pueden tener otros proyectos	

Anexo C. Prácticas Externas

Prácticas Externas I

Una rotación en unidades médicas o quirúrgicas de centros hospitalarios
Resultados de aprendizaje
<ul style="list-style-type: none">- Garantiza el derecho a la dignidad, privacidad, intimidad, confidencialidad y capacidad de decisión del paciente y familia.- Manifiesta motivación para el aprendizaje y un grado responsable de iniciativa.- Mantiene una actitud cooperativa con los distintos miembros del equipo.- Planifica cuidados básicos de enfermería.- Proporciona un entorno seguro.- Administra con seguridad fármacos y otras terapias.- Realiza las intervenciones y actividades de enfermería requeridos a su nivel de formación.
Actividades complementarias
<ul style="list-style-type: none">- Visita previa al hospital.- Sala de demostración: Administración de medicación parenteral (excluida iv), curas y vendajes básicos. Retirada de puntos y grapas.- Portafolio: Informe reflexivo sobre la aplicación de la metodología enfermera en la práctica asistencial.
Actividades en rotación clínica.
<p>Medición de los signos vitales y otros: Desde la primera semana: Temperatura. Respiración. Pulso. Presión Arterial. Registro de Signos Vitales. Peso y talla.</p> <p>Asepsia y antisepsia: Desde la primera semana: Medidas Precaución Estándar. Manejo del material estéril. Clasificación y eliminación adecuada de residuos.</p> <p>Aseo del paciente: Desde la primera semana: Higiene del paciente encamado. Aseo de cavidades. Lavado del cabello y arreglo de las uñas. Cambio de ropa del paciente.</p> <p>Arreglo de cama: Desde la primera semana: Cama ocupada. Cama desocupada. Cama con dispositivos especiales.</p> <p>Mecánica corporal: Desde la primera semana: Movilización del paciente totalmente dependiente. Movilización del paciente parcialmente dependiente. Cambios posturales. Posiciones para favorecer las distintas exploraciones al paciente.</p> <p>Termorregulación: Desde la primera semana: Manejo y aplicación de dispositivos para la aplicación de calor y frío.</p>

Oxigenación:

Desde la primera semana: Manejo del material para administración de Oxígeno: sondas, mascarillas, humidificador, dosificador de oxígeno, fuentes de suministro de oxígeno. Pulsioxímetro.

Eliminación urinaria:

Desde la primera semana: Manejo de cuñas y botellas, dispositivos de drenaje urinario externo (colectores), bolsas de diuresis. Control de diuresis.

Eliminación intestinal:

Desde la primera semana: Manejo de cuñas. Recogida de muestras.

Alimentación:

Desde la primera semana: Conocimiento de las dietas básicas. Alimentación a pacientes totalmente dependientes. Ayuda en la alimentación a pacientes parcialmente dependientes.

Curas y vendajes:

Desde la segunda semana: Aplicación y cuidados de los diferentes tipos de vendajes. Retirada de puntos y suturas. Preparación del material de curas y recogida del material utilizado.

Preparación, administración y control de medicación.

Desde la primera semana: Colaborar en la preparación y administración de medicación en pomadas, gotas e instilaciones nasales, oftálmicas y óticas, medicamentos por vía rectal (supositorios), por vía oral, inhalatoria y parenteral, excluida la intravenosa.

Procedimientos diagnósticos:

Desde la primera semana: Realización de ECG, glucemia capilar y toma de muestras (excepto sangre arterial y venosa)

Prácticas Externas II

Una rotación en unidades médicas o quirúrgicas o mujer/niño
Resultados de aprendizaje
<ul style="list-style-type: none">- Utiliza los sistemas de información adecuados e indicados en cada situación.- Aplica el proceso de enfermería. Interpretar signos cambiantes de salud/mala salud, sufrimiento, e incapacidad de la persona; responde a sus necesidades planificando, prestando servicios y evaluando con la participación del paciente, familia y otros miembros del equipo asistencial.- Administra con seguridad fármacos y otras terapias.- Realiza las técnicas y procedimientos de cuidados de enfermería estableciendo una relación terapéutica con enfermos y familiares.- Considera los cuidados emocionales, físicos y personales.- Garantiza el derecho a la dignidad, privacidad, intimidad y confidencialidad del paciente.- Mantiene una actitud cooperativa con los distintos miembros del equipo.
Actividades complementarias
<ul style="list-style-type: none">- Sala de demostración: Sondaje nasogástrico, aspiración y lavado gástrico, sondaje vesical, colectores orina, sondaje rectal, enemas, extracción muestras venosas, catéter periférico corto, medicación intravenosa.- Portafolio: Aplicación del proceso enfermero: Valoración integral de un paciente.
Actividades en rotación clínica que se incorporan en Prácticas Externas II
<p>Vía intravenosa. Cateterización de vías venosas con palomilla / catéter corto. Administración medicación vía IV. Manejo de bombas de infusión venosa. Extracción de muestras sanguíneas.</p> <p>Eliminación gástrica. Sondaje nasogástrico, Aspiración gástrica. Alimentación por sonda/peg,</p> <p>Eliminación intestinal. Sondaje rectal. Aplicación de enemas. Cuidados ostomías.</p> <p>Eliminación urinaria. Sondaje vesical. Lavado vesical. Cuidados estoma vesical.</p> <p>Manejo de los drenajes quirúrgicos. Identificación y cuidado de los distintos tipos de drenajes.</p>

Prácticas Externas III

Una rotación en unidades médicas o quirúrgicas o mujer/niño
Resultados de aprendizaje
<ul style="list-style-type: none">- Utiliza los sistemas de información adecuados e indicados en cada situación.- Aplica el proceso de enfermería. Interpretar signos cambiantes de salud/mala salud, sufrimiento, e incapacidad de la persona; responde a sus necesidades planificando, prestando servicios y evaluando con la participación del paciente, familia y otros miembros del equipo asistencial.- Administra con seguridad fármacos y otras terapias.- Realiza las técnicas y procedimientos de cuidados de enfermería estableciendo una relación terapéutica con enfermos y familiares.- Considera los cuidados emocionales, físicos y personales.- Garantiza el derecho a la dignidad, privacidad, intimidad y confidencialidad del paciente.- Mantiene una actitud cooperativa con los distintos miembros del equipo.
Actividades complementarias
<ul style="list-style-type: none">- Sala de demostración: gasometría, presión venosa central, aspiración secreciones, vendajes especiales, inmovilización y férulas, curas especiales.- Portafolio: Aplicación del proceso enfermero: Elaboración de un plan de cuidados.
Actividades que se incorporan en PE III
<p>Vía intravenosa Inserción catéter periférico de longitud intermedia. Transfusiones sanguíneas. Alimentación enteral.</p> <p>Extracción de muestras sanguíneas. Gasometría arterial.</p> <p>Cura de heridas complejas Cura de heridas infectadas. Desbridamiento de heridas.</p> <p>Vendajes especiales</p> <p>Dispositivos de inmovilización</p> <p>Oxigenación: Aspiración de secreciones.</p>

Prácticas Externas IV

Tres rotaciones: Centros de Salud, UCI y Urgencias.
Resultados de aprendizaje
En Centros de Salud <ul style="list-style-type: none">- Muestra capacidad para el aprendizaje y un grado responsable de iniciativa.- Mantiene una actitud cooperativa con los diferentes miembros del equipo y se muestra integrado en él.- Garantiza el derecho a la dignidad, privacidad, intimidad, confidencialidad y capacidad de decisión del paciente y familia.- Considera las características del entorno como referencia para la prestación de cuidados.- Planifica cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familia y grupos, orientados a los resultados en salud.- Realiza las intervenciones y actividades propias de la enfermera comunitaria.- Verifica la adherencia al régimen terapéutico del paciente/familia y demuestra conocimiento y seguridad en el manejo y administración de vacunas.
En UCI y Urgencias <ul style="list-style-type: none">- Muestra capacidad para el aprendizaje y un grado responsable de iniciativa.- Mantiene una actitud cooperativa con los diferentes miembros del equipo y se muestra integrado en él.- Garantiza el derecho a la dignidad, privacidad, intimidad, confidencialidad y capacidad de decisión del paciente y familia.- Considera las características del entorno como referencia para la prestación de cuidados.- Planifica y presta cuidados de enfermería en situaciones de urgencia y cuidados críticos.- Realiza las intervenciones y actividades de enfermería propias de situaciones de urgencia y cuidados críticos.- Administra con seguridad fármacos y otras terapias.
Actividades complementarias
<ul style="list-style-type: none">- Taller de suturas- Seminario UCI- Seminario Urgencias- Portafolio: Memoria de las tres rotaciones.
Actividades que se incorporan en de PEIV
<ul style="list-style-type: none">- Atención domiciliaria.- Curas, vendajes y drenajes: Suturas heridas. Férulas. Sellado de reservorios subcutáneos.- Pruebas diagnósticas: Espiometrías.- Pruebas específicas que se realicen en el servicio.- Monitorización de pacientes críticos.- Cuidados del paciente con ventilación asistida. Aspiración endotraqueal. Uso del desfibrilador.- Lectura de monitores (ECG, Presiones intracavitarias).- Curas, vendajes y drenajes: Suturas heridas. Férulas. Drenaje pleural.- Pruebas específicas que se realicen en el servicio.

Prácticas Externas V

Tres rotaciones: una obligatoria en Unidad de Hospitalización, dos optativas entre Quirófano, Hospital de Día, Salud Mental, Centros Geriátricos, Unidades Especiales.
Resultados de aprendizaje competencias
<ul style="list-style-type: none">- Utiliza los sistemas de información adecuados e indicados en cada situación.- Considera los cuidados emocionales, físicos y personales.- Garantiza el derecho a la dignidad, privacidad, intimidad y confidencialidad del paciente.- Mantiene una actitud cooperativa con los distintos miembros del equipo.- Aplica el proceso de enfermería. Interpreta signos cambiantes de salud/mala salud, sufrimiento, e incapacidad de la persona; responde a sus necesidades planificando, prestando servicios y evaluando con la participación del paciente, familia y otros miembros del equipo asistencial.- Administra con seguridad fármacos y otras terapias.- Realiza las técnicas y procedimientos de cuidados de enfermería estableciendo una relación terapéutica con enfermos y familiares.- Informa educa y supervisa a pacientes y familiares.- Reconoce las situaciones de riesgo vital y sabe ejecutar maniobras de soporte vital básico y avanzado.
Actividades complementarias
<ul style="list-style-type: none">- Taller de quirófano- Portafolio: Memoria e informe reflexivo.
Actividades que se incorporan en de PEV
<p>En Quirófano. Actuación como enfermera circulante y de anestesia. Actuación como enfermera instrumentista, si procede. Participación en todas las actividades que se desarrollen en la unidad.</p> <p>En hospital de Día. Participación en todas las actividades que se desarrollen en la unidad.</p> <p>En Cuidados Paliativos Soporte psicoemocional a pacientes y familiares. Cuidados de enfermería específicos al paciente terminal. Participación en todas las actividades que se desarrollen en la unidad.</p> <p>En Unidad de Diálisis. Preparación del paciente y del equipo para diálisis peritoneal. Preparación del paciente y del equipo necesario para hemodiálisis. Vigilancia y cuidados del enfermo en diálisis peritoneal y hemodiálisis. Participación en todas las actividades que se desarrollen en la unidad.</p> <p>En Salud Mental. Aplicación de pruebas diagnósticas específicas de la unidad. Aplicación y seguimiento de tratamientos crónicos. Participación en sesiones terapéuticas individuales y grupales (terapia ocupacional, psicomotricidad, manualidades etc.)</p>

Participación en las actividades y/o tareas que se desarrollen en los distintos programas de la unidad.

En Centros Geriátricos.

Valoración geriátrica integral.

Colaboración en la promoción de actividades y hábitos de autocuidado en el anciano.

Participación en sesiones terapéuticas individuales y grupales (terapia ocupacional, psicomotricidad, manualidades etc.)

Participación en las actividades y/o tareas que se desarrollen en los distintos programas de la unidad.

Anexo D. Invitación a participantes. Consentimiento informado

Proyecto de investigación.

Las prácticas externas de los estudiantes de Grado en Enfermería

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha

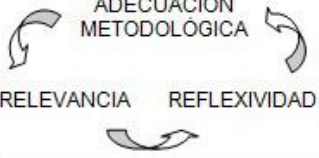





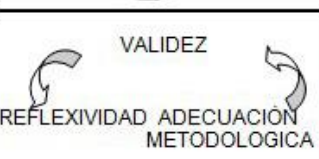



Nombre del investigador

He sido invitado a participar en esta investigación en calidad de informante como estudiante de segundo/cuarto curso de Grado en Enfermería en la Universidad de Burgos.

He sido informado, en términos generales, de las características de la investigación, en qué consiste mi participación y de la forma en que van a ser tratados y analizados los datos.

Se me ha garantizado el anonimato tanto durante la investigación como en la difusión de los resultados.

Anexo E. Dimensiones en la evaluación de la calidad en la ICS

CRITERIOS DE CALIDAD	PROCESO	ESCRITURA
 <p>ADECUACION METODOLOGICA RELEVANCIA REFLEXIVIDAD</p>	<p>Cuestiones básicas Pregunta / objetivos de la investigación Justificación de la metodología cualitativa Antecedentes y planteamientos de partida Pertinencia e importancia del proyecto Requisitos éticos</p>	<p>INTRODUCCION-JUSTIFICACION</p>  <p>ARTICULO EN SU CONJUNTO</p>
 <p>ADECUACION METODOLOGICA VALIDEZ REFLEXIVIDAD</p>	<p>Diseño y estrategia metodológica Adecuación enfoque teórico/métodos / técnicas Contexto de la investigación/ Audiencias Flexibilidad Iteratividad/ circularidad</p>	<p>ARTICULO EN SU CONJUNTO</p>  <p>PARTICIPANTES Y METODOS</p>
 <p>VALIDEZ REFLEXIVIDAD ADECUACION METODOLOGICA</p>	<p>Obtención de la información Selección / captación de los informantes Interacción investigador / participantes Saturación Técnicas de validación</p>	<p>PARTICIPANTES Y MÉTODOS</p>  <p>RESULTADOS</p>
 <p>VALIDEZ REFLEXIVIDAD ADECUACION METODOLOGICA</p>	<p>Análisis de la información Métodos de análisis Iteratividad/ circularidad Consistencia / descubrimiento Descripción / construcción teórica Complicidad interpretativa Técnicas de validación</p>	<p>RESULTADOS</p>  <p>DISCUSION Y CONCLUSIONES</p>
 <p>RELEVANCIA VALIDEZ ADECUACION METODOLOGICA</p>	<p>Desarrollo final de la investigación Novedad e importancia de las aportaciones Aplicabilidad/generalización Coherencia interna / coherencia externa Comprensión y claridad Limitaciones / Sugerencia de nuevas vías</p>	<p>DISCUSION Y CONCLUSIONES</p>  <p>ARTICULO EN SU CONJUNTO</p>

Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios proceso y escritura.

Carlos Calderón (2009).

Anexo F. Grupos de discusión. Categorías y códigos

Categoría	Código	Frecuencia	% Códigos	Casos
Emociones positivas	Recompensa	2	0,80%	1
	Reforzada	3	1,20%	2
	Reafirmación	5	1,90%	2
	Satisfacción	10	3,80%	2
	Sentirse acogida	2	0,80%	2
	Identidad	4	1,50%	1
Lo mejor	Relación con pacientes	12	4,60%	2
	Crecimiento personal	3	1,20%	2
	Sentirse valorado	1	0,40%	1
	Factor humano y compañerismo	3	1,20%	2
	Conocer la profesión	21	8,10%	2
Qué cambiarían	Más tiempo de prácticas	11	4,20%	2
	Prácticas en primero	1	0,40%	1
	Tutores voluntarios e informados	13	5,00%	2
	Acogida programada	1	0,40%	1

Categoría	Código	Frecuencia	% Códigos	Casos
Emociones negativas	Incertidumbre	1	0,40%	1
	Miedo	2	0,80%	1
	Desencanto	1	0,40%	1
	Inseguridad	12	4,60%	2
	Confusión	2	0,80%	2
	Condicionado	4	1,50%	2
Lo peor	Enfermeras que no quieren enseñar	4	1,50%	2
	La incertidumbre inicial	4	1,50%	2
	Los días perdidos	1	0,40%	1
	Escasa duración	1	0,40%	1
	Exceso de implicación personal	1	0,40%	1
Fuentes de estrés	No saber	1	0,40%	1
	Quedarse en blanco	1	0,40%	1
	Preguntas del paciente	1	0,40%	1
	Con quien me toca	7	2,70%	2
	Sentirse maltratada	1	0,40%	1
	No controlar emociones	1	0,40%	1

Categoría	Subcategoría	Código	Frecuencia	% Códigos	Casos
Variabilidad profesional	Ámbitos de observación	Técnicas y procedimientos	13	5,00%	2
		Trato con paciente y familia	18	6,90%	2
		Relación con estudiante	27	10,40%	2
		Uso de protocolos	9	3,50%	2
		Proceso enfermero	1	0,40%	1
		Búsqueda de evidencia	3	1,20%	1
	Factores relacionados	La edad	9	3,50%	2
		El género	2	0,80%	1
	Repercusiones para pacientes	Repercusiones para pacientes	14	5,40%	2
	Afrontamiento por estudiante	Afrontamiento por estudiante	8	3,10%	2

Categoría	Código	Frecuencia	% Códigos	Casos
Evaluación	Informes reflexivos	6	2,30%	2
	Sentir del estudiante	13	5,00%	2

Anexo G. Entrevistas. Categorías y códigos

Categoría	Código	Frecuencia	% Códigos
Emociones positivas	Sentirse acogida		
	Satisfacción		
	Reforzada		
	Recompensa		
	Reafirmación	2	2,50%
	Identidad		
Lo mejor	Relación con pacientes	2	2,50%
	Crecimiento personal		
	Sentirse valorado		
	Factor humano	1	1,20%
	Conocer la profesión	1	1,20%
	Compañerismo	1	1,20%
Cosas que cambiarían	Más tiempo de prácticas	4	4,90%
	Prácticas en primero		
	Tutores voluntarios e informados	3	3,70%
	Acogida programada		
	Cambiar el sistema de evaluación	2	2,50%

Categoría	Código	Frecuencia	% Códigos
Emociones negativas	Incertidumbre		
	Miedo		
	Desencanto		
	Inseguridad		
	Confusión		
	Condicionado	1	1,20%
Lo peor	Enfermeras que no quieren enseñar		
	Los días perdidos		
	Escasa duración	1	1,20%
	La soledad y exceso de implicación personal		
Fuentes estrés	No saber	2	2,50%
	Quedarse en blanco		
	Preguntas del paciente		
	Con quien me toca	1	1,20%
	Sentirse maltratada		
	No controlar emociones		
	La incertidumbre inicial	4	4,90%

Categoría	Subcategoría	Código	Frecuencia	% Códigos
Variabilidad profesional	Ámbitos de observación	Técnicas y procedimientos	8	9,90%
		Trato con paciente y familia	7	8,60%
		Relación con estudiante	4	4,90%
		Uso de protocolos	4	4,90%
		Uso de evidencia	2	2,50%
		Proceso enfermero	3	3,70%
		Relación otros miembros del equipo	1	1,20%
	Factores relacionados	La edad	6	7,40%
		El género	1	1,20%
		Motivación y actitud personal	3	3,70%
	Repercusiones para pacientes	Repercusiones para los pacientes	2	2,50%
	Afrontamiento por estudiante	Afrontamiento por estudiante	1	1,20%

Categoría	Código	Frecuencia	% Códigos
Evaluación	Informes reflexivos	4	4,90%
	Sentir del estudiante	6	7,40%

Anexo H. Informes reflexivos. Categorías y códigos.

Categoría	Código	Frecuencia	% Códigos
Competencias	Relación terapéutica	22	12,00%
	Realizar técnicas	6	3,30%
	Dignidad, privacidad, confidencialidad	1	0,50%
	Bienestar, calidad y seguridad	1	0,50%
	Aplicar el proceso	21	11,40%
	Actitud cooperativa con equipo	11	6,00%
Objetivos	Planificar y prestar cuidados básicos	6	3,30%
	Administrar fármacos con seguridad	3	1,60%
Relación equipo	Auxiliares	7	3,80%
	Enfermeras	19	10,30%
	Trabajo en equipo	1	0,50%
Encuentro con la profesión	Reafirmación	20	10,90%
	Encuentro con la muerte	7	3,80%
	Lo que debe ser	13	7,10%
	Educar al paciente	1	0,50%
	Identidad alumno	2	1,10%
Tutoras	Objetivos alumno	1	0,50%
	Te enseña	5	2,70%
	Variabilidad	21	11,40%
Brecha teoría-práctica	Necesidad de la práctica	10	5,40%
	Protocolos	4	2,20%