



Universidad de Guanajuato
División Ciencias de la Salud Campus León
Departamento de Enfermería y Obstetricia



Percepción de las competencias adquiridas y experiencias vividas de estudiantes de la Práctica de Cuidado de Enfermería Fundamental en la integración de los Procesos Caritas

Tesis como requisito parcial para obtener el grado de
Licenciada en Enfermería y Obstetricia

Presenta

Carolina Rodríguez Rosales

Directora

Dra. Luxana Reynaga Ornelas

Septiembre 2020

PERCEPCIÓN DE LAS COMPETENCIAS ADQUIRIDAS Y EXPERIENCIAS VIVIDAS DE
ESTUDIANTES DE LA PRÁCTICA DE CUIDADO DE ENFERMERÍA FUNDAMENTAL
EN LA INTEGRACIÓN DE LOS PROCESOS CARITAS

Jurado

M.C.E. Nancy Yadira Díaz García

Presidente

M.C.E. Carlos Francisco Meza García

Secretario

Dra. Luxana Reynaga Ornelas

Vocal

AGRADECIMIENTOS

Al Departamento de Enfermería y Obstetricia sede León de la Universidad de Guanajuato, por abrirme las puertas de pertenecer a esta casa de estudios para convertirme en profesional. Asimismo, agradezco con cariño a su Directora, la maestra Ma. Esther Ureño Luna, a su Coordinadora Ma. Del Carmen Méndez Hernández y a todo su equipo administrativo que me brindó su apoyo incondicional, siempre con entusiasmo y amabilidad.

A la Dra. Luxana Reynaga Ornelas, quien es mi Directora de Tesis y Tutora Académica, por sus valiosas asesorías, por su tiempo, apoyo, orientación, paciencia y comprensión para la realización de este proyecto. Además, por motivarme, poner su confianza en mí y su estímulo para dedicarme a la Investigación, le agradezco con mucho cariño.

A mis sinodales, la maestra Nancy Yadira Díaz García y el maestro Carlos Francisco Meza García, por sus importantes aportaciones y sugerencias para el desarrollo de este proyecto. Gracias por toda su disposición y facilitación.

A Christian Ignacio Venegas Mares, por saber transmitir sus conocimientos y usar su preciado tiempo para ayudarme; me brindó las facilidades necesarias para el uso de las aplicaciones con mucha paciencia y amabilidad.

A mis compañeras del Servicio Social Profesional, por hacer de mis días de pasantía más alegres y agradables; sobre todo por su apoyo durante los momentos de estrés.

Finalmente, pero no menos importante, a mis primeros alumnos, quienes también fueron la población de estudio del presente proyecto, por creer en mí y darme la oportunidad de trabajar con ellos. Les agradezco a todos con mucho cariño.

Carolina Rodríguez Rosales

DEDICATORIA

A mis padres, Ricardo Rodríguez González y Fabiola Rosales Guerrero, mis pilares, por su incondicional amor y apoyo durante toda la carrera y toda mi vida, por brindarme un hogar con mucho cariño, enseñanzas y valores, por su paciencia y motivación para cumplir este sueño, por todos sus sacrificios, esfuerzo y trabajo duro para que yo pudiera salir adelante. Gracias por creer en mí, los quiero muchísimo.

A mis hermanas, Jessica y Ericka, que, a pesar de todo, sé que siempre existirá ese cariño y apoyo mutuo.

A José de Jesús Del Toro García, mi pareja, por su enorme cariño y sus consejos, por darme las fuerzas que me guiaron para triunfar. Por regalarme mucha felicidad y mucho amor. Por siempre pensar en crecer juntos profesional y personalmente.

A todos mis amigos y amigas, por siempre estar conmigo en las buenas y en las malas, gracias por todo su apoyo en los momentos difíciles, gracias por su cariño, por todas las tristezas y risas que hemos vivido. Este logro es para ustedes, con mucho amor.

A mis profesores, asesores y coordinadores de práctica, por todas sus enseñanzas, apoyo y paciencia, por sus consejos y regaños que me ayudaron a ser mejor profesional y a ser mejor persona cada día. Gracias por inculcar en mí el amor a la Docencia y a la Enfermería.

ÍNDICE

Resumen	9
Introducción	11
Marco referencial	12
Definición de términos	21
Estudios relacionados	22
Planteamiento del problema	28
Objetivos	29
Metodología	30
Diseño del estudio	30
Primera fase del estudio	32
Segunda fase del estudio	34
Consideraciones éticas	36
Resultados	38
Resultados de la primera fase	38
Resultados de la segunda fase	40
Resumen de los resultados mixtos	56
Discusión	57
Limitaciones del estudio	66
Lecciones aprendidas	66
Implicaciones para la educación en Enfermería	66

Recomendaciones	68
Conclusiones	70
Referencias bibliográficas	72
Apéndices	77
Apéndice 1. Instrumento de valoración de conductas de cuidado	78
Apéndice 2. Solicitud y autorización de la autora Wolf	80
Apéndice 3. Solicitud y autorización de la autora Camargo	82
Apéndice 4. Guion para entrevista	84

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Procesos Caritas correspondientes a las dimensiones del CBI-42 y su denotación	33
Tabla 2. Puntaje promedio por dimensiones del CBI-42	39
Tabla 3. Características generales de los 5 estudiantes entrevistados	41
Tabla 4. Nombre de los códigos asignados a los PCC	42
Tabla 5. Integración de resultados	57
Tabla 6. Fortalezas y debilidades descritas por los estudiantes para integrar los PCC en la práctica	67

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Diseño métodos mixtos	32
Figura 2. Resumen de las fases del estudio	36

Resumen

El nuevo plan curricular del programa académico de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia que inició en el 2018 ha retomado la perspectiva humanística de la ciencia del Cuidado Humano de Jean Watson. **Objetivo:** conocer la percepción sobre las competencias adquiridas en la UDA de la Práctica del Cuidado de Enfermería Fundamental desde el punto de vista de los estudiantes, así como sus experiencias vividas durante ese periodo en relación con la integración de los Procesos Caritas. **Metodología:** estudio métodos mixtos con un diseño secuencial explicativo, teniendo el propósito de desarrollar y complementar los hallazgos cuantitativos y cualitativos de manera secuencial; en el que se encuestó a 70 estudiantes de tercer semestre mediante la aplicación del Inventario de Conductas de Cuidado CBI-42; asimismo, se entrevistó a 5 de éstos. **Resultados:** se obtuvo un promedio de 4.58 en el instrumento, en el que las dimensiones calificadas con el puntaje más alto fueron *Preparación y habilidad* (4.68) y *Asistencia segura* (4.65), y la dimensión más baja fue *Consideraciones de la experiencia del otro* (4.43). Los PCC que se desarrollaron con mayor frecuencia fueron el 1, 2, 4, 5, 8 y 9 que tratan sobre el respeto por el otro, asegurar las necesidades humanas y seguridad, disposición y ayuda optimista, y conocimiento profesional; mientras que, se descuidó el proceso encaminado al aprecio del acúmulo de la experiencia del otro. Los hallazgos permitieron conocer que los estudiantes perciben mayor competencia para desarrollar los cuidados a la dimensión física, demostrando dedicación, conocimiento, habilidades y destrezas profesionales; además, percibieron fortaleza en tratar a la persona con respeto, dando acompañamiento y permitiendo la expresión de sentimientos para crear una relación de confianza, mayormente en la práctica comunitaria; sin embargo, se encontró debilidad para orientar a los pacientes sobre su situación y que participe en una verdadera enseñanza-aprendizaje, la mayoría no logró satisfacer todas las necesidades en la práctica clínica, relacionado a la carga de trabajo. **Conclusiones:** los estudiantes perciben fortaleza en las competencias encaminadas al cuidado físico, parte necesaria y esencial para el Licenciado en Enfermería y Obstetricia, infiriendo en que se prepara al alumno adecuadamente y que es necesario hacer énfasis en el Cuidado Humano para que los docentes también sean partícipes; por otro lado, se espera que las deficiencias halladas se dominen una vez transcurrida su formación para poder llevar a cabo el currículo como está planeado.

Palabras clave: educación basada en competencias, estudiantes de enfermería, teoría de enfermería, currículum, procesos caritas

Introducción

Ante la creciente transformación cultural, científica y tecnológica mundial, la educación ha enfrentado modificaciones que han impactado en el mundo académico (Nájera & Castrillón, 2011). La educación a lo largo de la vida está basada en cuatro pilares que la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) describe como: aprender a ser, aprender a conocer, aprender a hacer y aprender a vivir juntos (Delors, 1996). Así mismo, en el Proyecto Tuning América Latina ya en este siglo, se menciona sobre las competencias genéricas que son comunes a cualquier titulado, las cuales son transversales y transferibles a diferentes funciones y tareas. En México las Instituciones de Educación Superior han respondido con el diseño de nuevos paradigmas educativos con el objeto de formar profesionales competentes, aptos para enfrentar el ámbito laboral y las demandas sociales actuales (Escamilla-Cruz, Córdoba-Ávila & Campos-Castolo, 2012).

En las últimas tres décadas el Sistema de Educación Superior en México ha desarrollado profundas dinámicas de cambio en prácticamente todas sus dimensiones y componentes. Un primer rasgo de transformación está relacionado con los procesos de crecimiento, expansión, descentralización y diversificación del sistema (Rodríguez, citado por Universidad de Guanajuato 2017).

El Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, establece entre sus cinco metas nacionales un México con Educación de Excelencia para aprendizajes significativos. Para alcanzar los niveles de calidad, la educación superior debe ser integral y orientada al logro de las competencias requeridas para el desarrollo democrático, social y económico del país, cada estudiante debe lograr un sólido dominio de las disciplinas y valores correspondientes a las distintas profesiones. Se buscará desarrollar en los estudiantes una cultura emprendedora, se fortalecerá la formación de profesionistas capaces de generar, aplicar e innovar conocimientos de la ciencia y la tecnología, académicamente pertinentes y socialmente relevantes con el propósito de consolidar un sistema nacional de educación superior con proyección y competitividad internacional (Programa Sectorial de Educación 2019-2024).

Acorde con estas perspectivas, el Plan de Desarrollo Institucional 2010-2020 de la Universidad de Guanajuato refiere en su visión, que para este año 2020, la Universidad de

Guanajuato sería reconocida por la comunidad académica internacional como una de las 100 mejores instituciones en el mundo (Plan de Desarrollo Institucional 2010-2020).

Por otra parte, en el Modelo Educativo de la Universidad de Guanajuato (2016) el estudiante es el centro y participa en la construcción de su aprendizaje y en su desarrollo integral de forma activa y responsable dentro y fuera del aula; siendo el profesor el principal responsable de cambio en los procesos de enseñanza y aprendizaje en la Universidad. Cada programa educativo, con base en su orientación, define las competencias específicas y disciplinares que considere pertinentes para que el estudiante pueda incidir como agente de cambio en los sectores público, productivo y social.

En este sentido, un nuevo plan curricular del programa académico de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia inició en el 2018 retomando la perspectiva humanística de la ciencia del cuidado humano de Jean Watson. En el tercer semestre la Unidad de Aprendizaje (UDA) de la Práctica del Cuidado de Enfermería Fundamental, es la primera experiencia práctica donde se busca que el alumno proporcione cuidado humano en la promoción de la salud, así como en la valoración y el mantenimiento de las funciones básicas de la persona con problemas de salud de mínima complejidad en los diferentes entornos de cuidado (Universidad de Guanajuato, 2016). Siendo así, el propósito de este proyecto de investigación es conocer la percepción de los estudiantes acerca de las competencias adquiridas y las experiencias vividas en situaciones reales, que permitan obtener información y retroalimentación al currículo vigente.

Marco referencial

Si bien es cierto que los pacientes del siglo XXI requieren una ciencia muy rigurosa para el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos biológicos que son núcleo esencial de su enfermedad, también lo es que necesitan que se les ofrezca una consideración de sus valores personales al nivel profesional y que hoy pueden hacer las humanidades y las ciencias sociales (Lázaro 2013, citado por Guardiola & Baños 2017). Adicionalmente, se ha reconocido de manera global la necesidad de retomar la visión o la perspectiva humanística en la formación de los recursos humanos de la salud, con intención de contrarrestar la dotación de recursos técnicos a la actividad de cuidado y reforzar los principios de respeto, cordialidad e intencionalidad en las profesiones del área de la salud. Actualmente se busca conseguir aunar humanidades y medicina

con el fin de comprender la compleja y diversa realidad de la enfermedad (Aguilar 2014, citado por Guardiola & Baños 2017).

Por su parte, la enfermería profesional surgida desde los años 20s con las innovaciones de Florence Nightingale, siempre ha considerado el cuidado de la salud de la persona en todas sus esferas. La evolución de los cuidados, desde que éstos se identifican como postulados disciplinares y profesionales en la enfermería a partir de la influencia y obra de Nightingale, ha sido importante, destacando la amplia fundamentación teórica y el gran número de modelos y propuestas metodológicas que fundamentan la profesión enfermera (Carazo, 2018).

En congruencia con los postulados antes señalados, los Departamentos de Enfermería de la Universidad de Guanajuato, presentaron el rediseño curricular del programa de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en 2018 con el propósito de transformar, mejorar y mantener su calidad académica. El objetivo curricular es formar Licenciados en Enfermería y Obstetricia de manera integral con conocimientos, habilidades, valores y actitudes, con un alto sentido ético y humanístico, que le permitan proporcionar cuidado de enfermería a las personas a lo largo del ciclo vital, a la familia y a la comunidad, en estados de salud y enfermedad para contribuir a su bienestar; utilizando el proceso de enfermería y desempeñando funciones asistenciales, administrativas, educativas y de investigación en todos los niveles de atención.

La coherencia conceptual de un currículo es lo que permite su unidad y continuidad, y es lo que al final del proceso de formación, permite la caracterización del objeto de estudio, la apropiación de un quehacer y, por tanto, la formación de identidad profesional (Grupo del Cuidado, 1998). Ante lo anterior se hace necesario evaluar el rediseño curricular para conocer si realmente está impactando en las conductas de cuidado de los estudiantes según la Teoría de Watson.

La humanización y deshumanización de la salud

La humanización es un término que se ha venido consolidando con el transcurrir de los años y ha permitido al ser humano ser visto de forma holística, con un trato más digno en los procesos de salud (Canizales, 2017). Humanizar una realidad significa hacerla digna de la persona humana; es decir, coherente con los valores que percibe como peculiares e inalienables, hacerla coherente con lo que permite dar un significado a la existencia humana, todo lo que le permite ser verdadera persona. Cada ser humano merece ser respetado y tratado con igualdad. Quien tiene la

cualidad de la humanidad mira, siente, ama y sueña de una manera especial (Bermejo 2014, citado por Canizales 2017).

De lo anterior se desprende que la deshumanización de la salud es la falta de reconocimiento de lo humano, del ser humano como valor fundamental; es, la cosificación del ser que acude al profesional o al servicio de salud. Va más allá de la falta de cariño o ternura en una atención, o de una fórmula para el saludo o una silla cómoda. Cuando las personas dejan de ser asumidas como seres humanos, cuando no los vemos como iguales a nosotros, cuando vulneramos su autonomía, cuando vamos en contra del imperativo categórico, el complejo, multidimensional y maravilloso ser humano es simplificado; se vuelve cifras, patologías, es maltratado y considerado parte de una masa de usuarios (Canizales, 2017).

Desde tiempos inmemorables, las acciones que procuran la preservación de la vida han sido inherentes a la condición humana. Todos los aspectos que componen los actos relacionados con el cuidado tienen su origen en esa necesidad de supervivencia. Sin embargo, no fue sino hasta en el siglo XIX, cuando surge la figura de la “Enfermera”, la cual ha tomado la práctica del cuidado como la piedra angular de su disciplina, convirtiéndolo en objeto de estudio para teóricos y practicantes (Zea 2003, citado por Rodríguez 2011). Si bien, con el paso de los años la disciplina ha ido adquiriendo un cuerpo de conocimiento más amplio, éste fenómeno descrito de alguna manera también ha influido en la deshumanización de la atención brindada (Vargas 2007, citado por Rodríguez 2011).

El cuidado humanizado es la esencia fundamental de enfermería que se encarga del acompañamiento, la escucha, de brindar un trato digno en base a conocimientos científicos y al mismo tiempo éticos y morales para poder proporcionar confort y recuperación a la persona. Es un compromiso que todos los profesionales de enfermería deben poseer, el cual se adquiere desde la formación en el aula de clases y es llevado a sus diferentes escenarios de práctica a ejecutarlo y desarrollar la calidad integral del estudiante (Gualdrón, Ortega & González, 2019).

Currículo del programa académico de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

El programa educativo de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia retoma los criterios esenciales que exige el Plan de Desarrollo Institucional de la Universidad de Guanajuato 2010-

2020, referidos a una educación de calidad, pertinencia, equidad e integralidad, centrada en el aprendizaje de los estudiantes, que incluye competencias genéricas, específicas y transversales, apoyadas con las tecnologías de la información y comunicación, con un currículo flexible e innovador, acorde con los avances del conocimiento, el desarrollo económico y necesidades sociales, como el cuidado del medio ambiente, la sustentabilidad de la región y del país (PLADI, 2020).

De acuerdo con la tendencia de que los planes curriculares a nivel Nacional se basen en una teoría de Enfermería según los criterios de calidad del Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería A.C. (COMACE), el Departamento de Enfermería y Obstetricia de León, en trabajo colegiado con los otros campus de la Universidad de Guanajuato lograron la aprobación en 2017 del rediseño del currículum del programa de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, cuya implementación dio inicio en agosto del 2018 en el Campus León.

En el marco de estos supuestos, la Universidad de Guanajuato concibe la calidad como la implantación de la mejora continua y el cabal cumplimiento de los criterios de eficiencia, eficacia, pertinencia y equidad en todas sus actividades, asumiendo el proceso de evaluación curricular de manera integral, colegiado y permanente (Modelo Educativo del 2011, citado por Universidad de Guanajuato 2016). Así mismo el Plan de Desarrollo Institucional (PLADI) 2010-2020 señala entre sus atributos, que la Universidad deberá caracterizarse por ser una institución que se estudia y autoevalúa permanentemente, sometiéndose a procesos de evaluación externa de carácter Nacional e Internacional (Universidad de Guanajuato, 2016).

El currículum vigente de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia se ha organizado en las siguientes cinco áreas de Unidades de Aprendizaje (UDA):

Área general: en ésta, los contenidos están orientados a fortalecer el desarrollo de las competencias genéricas propuestas en el Modelo Educativo de la Universidad de Guanajuato, consideradas como las competencias que deben caracterizar a todo egresado de esta máxima casa de estudios, así como aquellas que se consideren pertinentes para desarrollar el perfil de egreso de cada programa educativo.

Área básica común: se conforma de las materias comunes en los programas de las Divisiones en las que se imparte este programa. Se integra por contenidos relacionados con otras áreas y disciplinas.

Área básica disciplinar: constituye el núcleo del programa educativo. Se integra por contenidos teóricos, prácticos, metodológicos e instrumentales que permiten abordar el objeto de estudio de la disciplina.

Área de profundización: se compone de contenidos que permiten ahondar o hacer énfasis en un campo determinado de estudio o diversificar las opciones terminales.

Área complementaria: se integra por contenidos que el estudiante puede seleccionar con el fin de complementar su perfil profesional y comprende entre el 8 y 10% del total de créditos del Programa Educativo. Se ubican actividades de índole académico y científico, así como de otra dimensión de la persona, que el estudiante considere necesarios para fortalecer su formación integral y su perfil profesional, tales como; participación en veranos de la investigación científica, asistencia a conferencias y congresos, presentación de ponencias, movilidad Nacional e Internacional.

El área básica disciplinar es donde se encuentran las UDA de Enfermería y las Prácticas, donde está ubicada la Unidad de Aprendizaje de la Práctica del Cuidado de Enfermería Fundamental, a la que nos referiremos de aquí en adelante (Universidad de Guanajuato, 2016).

Para el ejercicio del Cuidado de Enfermería se requiere una formación especial y la producción de conocimientos que fundamenten el actuar profesional, es por este motivo que el comité curricular eligió a Jean Watson como teorista de base. La teoría de Jean Watson, de corte existencialista y humanista, permite plantear una filosofía de cuidados, un lenguaje teórico propio y una relación entre teoría y práctica que revitaliza aspectos perdidos o invisibilizados de la enfermería como: el alma, el dualismo, la armonía, la causalidad y el tiempo, la evolución espiritual, y la auto trascendencia, aspectos que han estado siempre presentes en enfermería pero que han sido velados o subvalorados por el enfoque positivista y tecnológico existente en el campo de la atención a la salud (Urra y colaboradores, 2011). Es una teoría que se sitúa en el paradigma del cuidado humano transpersonal, sus reflexiones giran en torno al ideal moral, el significado de

la comunicación y el contacto intersubjetivo en coparticipación de sí como un todo (Favero et al 2009, citado por Universidad de Guanajuato 2016).

Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

Su autora es Margaret Jean Harman Watson. Nació en el sur de Virginia Occidental en el año de 1940. Se licenció como enfermera en el año de 1964 en la Universidad de Colorado, Estado en el que radica actualmente; posee un máster en Enfermería en salud psiquiátrica y mental obtenido en 1966, y un doctorado en Psicopedagogía y orientación psicopedagógica obtenido en 1973. En la década de los ochentas, fundó el Centro para el Cuidado Humano de la Universidad de Colorado, reconocido como el primer centro interdisciplinario, cuyo compromiso fue emplear el conocimiento del Cuidado humano como base científica y moral de la práctica clínica, la erudición, la administración y el liderazgo. Para llevar la práctica del Cuidado humano, Watson contempla conceptos centrales en su planteamiento teórico y se apoya en fuentes teóricas y filosóficas inspiradas en Florence Nightingale, Virginia Henderson, Madeleine Leninger, Martha Rogers, Margaret Newman y la obra de Gadamer. De la misma manera, hace énfasis en las cualidades interpersonales y transpersonales de coherencia, empatía y calidez correspondientes a las visiones de filósofos como Heidegger y Noddings. Por otra parte, Watson sustenta su teoría en las ciencias y las humanidades, y considera al ser humano como único; igualmente lo ve en la interacción con todo cuanto lo rodea, con la capacidad de intervenir y transformarlo (Veloza, Venegas & Suárez, 2015).

Supuestos teóricos de Watson.

- “El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal. Está condicionado a factores de cuidado, destinados a satisfacer necesidades humanas.
- El cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar.
- Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial que permite al individuo elegir la mejor opción, para él o ella, en un momento preciso.
- La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa.

- La práctica del cuidado es central en la enfermería, la cual debe focalizarse en un acompañar sensible pero responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica” (Urra et al, 2011 p 1).

Los conceptos del metaparadigma de Enfermería en la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson (1985) son los siguientes (Hidalgo & Ortiz, 2016):

Persona: desde la mirada existencialista, Watson considera a la persona como “un ser en el mundo”, como una unidad de mente-cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente el Gestalt; es el locus de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería.

Medio ambiente: es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad -pasado, presente y futuro imaginado-.

Salud: de acuerdo con Watson (1985), la salud tiene que ver con la “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)”, asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.

Enfermería: está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. Para Watson (1985), la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante a como la otra persona los experimenta. Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud-enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la autocuración (Hidalgo & Ortiz, 2016).

Procesos Caritas de Watson.

A continuación, se describen los 10 Factores del Cuidado (FC) posteriormente denominados Procesos Caritas (PCC) para ofrecer un lenguaje fluido y explicar a un nivel más profundo las dimensiones originales que son la base de la teoría (Urra, Jana & García, 2011).

1. "Formación humanista-altruista en un sistema de valores", se convierte luego en la "Práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente". Watson asume que el "día a día" de la práctica profesional requiere que la enfermera/o evolucione en su desarrollo moral.

2. "Incorporación de la fe-esperanza", se convierte luego en "Ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado". Este proceso habla de la importancia de la fe y la esperanza para el cuidado y la sanación, dado que ha estado presente a lo largo de toda nuestra historia y por lo tanto también a lo largo de la narrativa que da cuenta de nuestra convivencia como especie humana, en los que ha habido influencias de lo mágico, las oraciones y los encantos.

3. "El cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros", será redactado más tarde como "El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión". Para Watson, el ser humano es en primer lugar un ser sintiente. Es habitual que en la práctica sanitaria se separe el desarrollo profesional de este ámbito, producto de lo cual las personas tienden a esconder, negar o disimular sus sentimientos.

4. "El desarrollo de una relación de ayuda y confianza", se convierte en "Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza". Esta relación de confianza va unida con la promoción y aceptación de sentimientos positivos y negativos.

5. "La aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos". Esta es una parte inherente a la formación de una relación de ayuda y de confianza. Watson la enuncia más tarde como un "Estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida". Las emociones juegan un rol preponderante en la conducta humana y para Watson son "una ventana por la cual se visualiza el alma".

6. "El uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial", se convierte en "El uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar y de todas las

maneras de conocer como parte del proceso asistencia". Watson se refiere a la sistematización excesiva de normativas que impiden el desarrollo creativo de esta profesión.

7. "La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal", luego deriva a "Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro". Este proceso de cuidado es el que más ayuda al usuario a ser partícipe activo del estado de su propia salud y a tomar las decisiones en pos de mantenerla, recuperarla, mejorarla, o en otros casos a prepararse para determinados eventos.

8. "La creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural", se convierte en "Creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz". Watson divide este ambiente en externo e interno, los cuales son interdependientes entre sí. Ambos contienen variables, por ejemplo, del medio ambiente externo surgen las variables como seguridad, confort, abrigo; y del medio ambiente interno surgen la autorrealización, comunicación, etc. A partir de estas variables surgen las necesidades, que Watson define como el requerimiento de una persona, que, de ser satisfecho, alivia o disminuye su angustia o dolor, o mejora su sentido de adecuación y bienestar. La satisfacción de estas necesidades tiene estrecha relación con la salud del individuo.

9. "La asistencia con la gratificación de necesidades humanas", las que posteriormente llama "La asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del Ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger". De acuerdo con Watson, el primer nivel está representado por las necesidades de supervivencia, en el segundo nivel se ubican las necesidades funcionales, en un tercer nivel, las integrativas. En el nivel más elevado se ubican las necesidades intra/interpersonales.

10. "El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales", este último proceso de cuidado es el método para lograr trabajar en la satisfacción de ellas: la fenomenología, concepto que Watson define así: "se refiere al énfasis en la comprensión de las personas de cómo las cosas aparecen ante ellos... La fenomenología es una descripción de datos que aparecen en una situación dada y ayuda a entender el fenómeno en cuestión. Esta orientación es útil para la enfermera, ya que ayuda a reconciliar o mediar la incongruencia de los diferentes puntos de vista de la persona

en forma holística; y al mismo tiempo, atender al orden jerárquico de sus necesidades" (Urra, Jana & García, 2011).

Definición de términos

Percepción: es uno de los temas inaugurales de la psicología como ciencia y ha sido objeto de diferentes intentos de explicación. En los comienzos del siglo XX, la percepción era entendida como el resultado de procesos corporales como la actividad sensorial. El énfasis investigativo se ubicó en la caracterización de los canales sensoriales de la visión, el tacto, el gusto, la audición, etc. La psicofisiología definía la percepción como una actividad cerebral de complejidad creciente impulsada por la transformación de un órgano sensorial específico. La percepción, según la Gestalt, no está sometida a la información proveniente de los órganos sensoriales, sino que es la encargada de regular y modular la sensorialidad. La Gestalt definió la percepción como una tendencia al orden mental. Inicialmente, la percepción determina la entrada de información; y, en segundo lugar, garantiza que la información retomada del ambiente permita la formación de abstracciones, juicios, categorías, etc. (Gilberto, 2004). Otros autores han definido a la percepción como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización (Melgarejo, 1994).

Competencias: no es fácil encontrar referentes teóricos sobre lo que los estudiantes perciben como cuidado de enfermería; es decir, lo que éstos creen que es el rol profesional de enfermería y la esencia de la disciplina. Dado que la enfermería se consagra al acto de cuidar como su principal objeto de interés, indagar en los estudiantes de la carrera de Enfermería sus percepciones relacionadas con las competencias del cuidado evidenciará el enfoque que debe tomar la formación profesional desde el inicio, con base en necesidades identificadas. Así mismo, permite reconocer la presencia o ausencia del conocimiento de lo que es Enfermería, su perspectiva y los fundamentos disciplinares; asimismo, permite hacer propuestas de mejora del currículo que planteen en el estudiante, desde el inicio de su formación, una idea clara del quehacer de Enfermería como disciplina humanística, como disciplina de cuidado y de la salud (Ramírez, Daza & Caro, 2008). Para fines de este estudio, las competencias se determinaron con la frecuencia en que los estudiantes practicaron las conductas de cuidado.

Cuidado de enfermería: cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad (De La Cuesta 2007, citado por Báez y cols. 2019). En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también al enfermero como transmisor de él (Grupo de Cuidado 2002, citado por Báez y cols. 2019). Según Watson, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona (Watson 1979, citado por Báez y cols. 2019). En contraste, el cuidado no debe considerarse como el hacer monótono, lineal y sin sentido, dentro de la racionalidad técnica y el enfoque biomédico, entendido como una ayuda o un complemento en las ciencias de la salud, situación que propicia la negación de la enfermería como ciencia y como arte (Báez y cols., 2019).

La investigación sobre percepción de las competencias adquiridas del cuidado en estudiantes de Enfermería lleva a definir las influencias que la formación universitaria y profesional tienen sobre el estudiante y sobre el desarrollo del acto mismo de cuidado, en el sentido en que repercute en la forma cómo los enfermeros actúan y actuarán dentro del acto de cuidado, y en la forma como el paciente responde y responderá al mismo (Grupo del Cuidado 2000, citado por Ramírez y cols. 2008).

Estudios relacionados

Se han realizado varios estudios para explorar el impacto percibido del currículum en las conductas de Cuidado de los estudiantes de Enfermería. Algunos de los instrumentos que se utilizan son el *Nurse Competence Scale* (Riitta Meretoja 2004, citado por Souza & Crespo 2016) y el *Practice Environment Scale-Nursing Work Index* (Lake 2002, citado por Souza & Crespo 2016) diseñados para conocer la percepción del entorno clínico para la práctica de Enfermería. Uno de los instrumentos más utilizados para evaluar las conductas del Cuidado a enfermeras, estudiantes de Enfermería y pacientes, en sus distintas versiones, es el *Caring Behaviors Inventory* (Wolf 1998, citado por Salgado y cols. 2015), diseñado originalmente para capturar la percepción de los pacientes en cuanto a las conductas de cuidado de las enfermeras basado en la Teoría de Watson.

También se manejaron el *Caring Efficacy Scale* (Coates 1998, citado por Guerrero 2017) para evaluar programas de formación de Enfermería y el *Nyberg's Caring Assessment* (Nyberg

1990, citado por Guerrero 2017) para medir atributos según la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano.

Mediante una búsqueda de diferentes artículos de investigación, utilizando fuentes de motores como Google Académico, Scielo, Redalyc y revistas de enfermería, libros, tesis y obras de conocimiento utilizando las palabras: percepción, competencias, experiencias, práctica, estudiantes y enfermería, desde el 2015 hasta el presente año; se presentan los siguientes trabajos:

Souza & Crespo (2016) reportan las “Competencias y entorno clínico de aprendizaje en enfermería: autopercepción de estudiantes avanzados” por medio de un estudio observacional, descriptivo, transversal interviniendo a 33 estudiantes del último ciclo de Facultad de Enfermería de Universidad de la República y Universidad Católica del Uruguay; tuvo como objetivo describir la percepción del nivel de competencias en relación con el entorno de aprendizaje práctico. Los datos se recolectaron en el año 2013 utilizando dos instrumentos previamente validados: el *Nurse Competence Scale* (Riitta Meretoja 2004, citado por Souza & Crespo 2016) evaluando la percepción de nivel y frecuencia de utilización de las competencias en las dimensiones rol de ayuda, enseñanza/entrenamiento, funciones de diagnóstico, gestión de situaciones, intervenciones terapéuticas, garantía de calidad y rol de trabajo. También usaron el *Practice Environment Scale-Nursing Work Index* (Lake 2002, citado por Souza & Crespo 2016) que evalúa el entorno clínico de enfermería. El nivel global de competencias percibido por los estudiantes fue *Muy Bueno*; la dimensión autoevaluada como más alta fue *Rol de Trabajo*. La frecuencia de utilización de competencias se ubicó en su mayoría (84.8%) entre utilizadas “muy a menudo” y “ocasionalmente”. El entorno se evaluó mayormente como no favorable (54.5% en desacuerdo).

Por su parte, Carrasco & Yarango (2017) en un estudio llamado “La transición de la teoría a la práctica: desde la percepción de los estudiantes del VII ciclo de Escuela de Enfermería” fue realizado para describir y analizar las percepciones de los estudiantes de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán de Perú, de tipo cualitativo, con la metodología estudio de caso y técnica de entrevista semiestructurada. A través del análisis de contenido, se reportan tres categorías: 1. La práctica es fundamental para el aprendizaje significativo, teniendo como resultado que los estudiantes perciben que la práctica clínica es importante para el complemento de su aprendizaje, pero existen algunos inconvenientes, entre ellos, las escasas horas de prácticas y limitaciones al campo clínico. 2. La transición de la teoría a la práctica es un proceso fundamental

para su aprendizaje, en el que pasan por grandes cambios emocionales, desde un gran temor hasta una bonita experiencia, indicando que, tanto la práctica como la teoría son esenciales para el complemento del aprendizaje. 3. El miedo como barrera para el desarrollo de la práctica, tiene como resultado que ellos atraviesan por sensaciones de temor y miedo al enfrentarse al campo hospitalario, generando nerviosismo e inseguridad al realizar procedimientos.

Continuando con la revisión, el trabajo de Poblete y colaboradores (2017) denominado “Experiencias de cambio de los estudiantes de Enfermería: desde un currículum tradicional a un currículum basado en competencias” realizan una investigación cualitativa, descriptiva e interpretativa, con el objetivo de comprender las experiencias vividas por los estudiantes de la Universidad Católica del Maule de Chile acerca de la formación basada en competencias. Se realizaron 17 entrevistas semiestructuradas; para el análisis se utilizó el enfoque holístico de Van Manen. Emergieron temas como: sentimientos experimentados con la innovación curricular, la dificultad en la implementación de competencias, la profundidad del cambio y una buena docencia, valoran el acompañamiento y la experiencia clínica del docente. El estudio permitió conocer el significado que tiene la innovación curricular desde la perspectiva de los estudiantes, aportando información relevante para el rediseño curricular y permitiendo reflexionar acerca del proceso formativo de los currículos por competencias en el espacio Latinoamericano.

Rodríguez y colaboradores (2017), realizaron un estudio denominado “Evaluación de contenidos curriculares y percepción de competencias de estudiantes del área de la salud”. El objetivo fue identificar la percepción de los estudiantes de último nivel de los programas de formación profesional y técnica en salud respecto a sus competencias para desempeñarse en el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) de Colombia. Mediante un estudio descriptivo transversal realizado en 451 estudiantes y una revisión documental de currículos de 26 programas por medio de encuestas, se encontró deficiencias en la inclusión de competencias, tales como las de ejercer liderazgo (80%) y realizar un enfoque diferencial en la atención (84%). Los resultados evidencian la necesidad de incluir en los currículos de programas de salud algunos aspectos fundamentales para la adecuada implementación del MIAS. Este estudio hace hincapié en la modificación del currículum para mejorar las competencias de los estudiantes.

Otro de los estudios revisados de tipo descriptivo y correlacional “La salud holística en los cuidados aplicados por estudiantes de la FAEN/UNJBG” por Chávez, Monroy & Tejada (2017),

tuvo por objetivo determinar la aplicación de la salud holística en los cuidados brindados por los estudiantes de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann (UNJBG) de Perú. La población del estudio está constituida por los estudiantes de tercero, cuarto y quinto años de estudios, haciendo un total 100 estudiantes. Se muestran cinco aspectos en los cuestionarios aplicados: 1. En su totalidad conocen el término salud y cuidado, pero sólo en su mayoría conocen el concepto de salud holística. 2. En su totalidad relacionan el término salud con cuidado y la mayoría relacionan salud holística y cuidado. 3. La gran mayoría de los estudiantes aplican la salud holística “a veces”. 4. A la totalidad de los estudiantes se les enseñó sobre salud y cuidado; y la mitad de los estudiantes refieren que se les enseñó el concepto de salud holística “a veces”. 5. La totalidad de estudiantes aplican sus cuidados en la dimensión física; y en la mayoría “nunca” aplican la dimensión espiritual. Lo anterior permite sostener que los estudiantes tienen conocimiento en su totalidad sobre cuidado y salud, recibido en su formación profesional, pero hay que reforzar sobre salud holística para que sea un Cuidado más humanizado. Es difícil mantener los valores humanitarios en el acto de cuidar en las instituciones públicas de salud en donde parecen invisibilizarse los cuidados de Enfermería por las labores biomédicas, pero los estudiantes deben seguir aplicando la salud holística y poder cambiar y mejorar la forma del cuidado hacia la persona, la familia y la comunidad (Chavez y cols., 2017).

En la investigación cualitativa “Impacto del currículo en las concepciones sobre la humanización de la salud en los estudiantes de enfermería” por Canizales (2017), se identifican las concepciones sobre humanización de la salud en los estudiantes del programa de Enfermería de la Unidad Central del Valle del Cauca (UCEVA) de Colombia en el año 2016, mediante la realización de un cuestionario estructurado de pregunta abierta y su análisis textual para establecer el impacto del currículo a nivel formativo. Se emplea el enfoque cualitativo, sustentado en los siguientes aspectos: los datos de la investigación provienen de los argumentos y de las reflexiones de los estudiantes que fueron registradas en el cuestionario y que posteriormente fueron sistematizadas y analizadas. El contenido de los cuestionarios realizados por los estudiantes y los Programas Académicos de Asignatura fueron analizados mediante el método de “análisis de contenido” con el fin de establecer criterios para relacionarlas posteriormente entre sí. El análisis de los datos se realizó de forma descriptiva, se tabularon los datos en tablas de frecuencias y se emplearon gráficos de barras. Concluyeron que los estudiantes manifestaron que las principales características de tiene el egresado es la calidad humana, la integralidad y el compromiso, siendo

estas enmarcadas dentro de la categoría de Humanización y a nivel del Cuidado. Asimismo, manifestaron como principales: el conocimiento teórico-práctico y la buena atención y cuidado que el profesional de Enfermería ejerce en su ejercicio profesional. Frente a los valores que el estudiante considera que debe tener el profesional de Enfermería, para desempeñar su labor se encuentran como relevantes “el amor por el otro y por lo que hace”, “la honestidad” y el propio valor de la “humanización”, las cuales se agrupan dentro de la categoría de Humanización. Esto abre un camino para reflexionar y para tomar decisiones desde la parte curricular y desde el ejemplo en el ejercicio profesional.

Adicionalmente, el estudio “Cuidado Humano: saber, ser y hacer del estudiante de Enfermería, según la teoría de Jean Watson” de Colchon & Nuñez (2018) en la Universidad Nacional de Lambayeque de Perú 2016-2017, reporta un abordaje metodológico de tipo cualitativo con estudio de caso y una guía de entrevista semiestructurada. La muestra se efectuó con 18 estudiantes y 5 docentes pertenecientes al tercer, quinto y octavo ciclo. Se encontró escasa integración conceptual de las bases teóricas del Cuidado Humano; sin embargo, en relación con el *ser*, sienten y manifiestan vocación de servicio para el cuidado enfermero, desarrollan y practican valores humanísticos-altruistas; y, respecto al *hacer*, aplican Procesos Caritas durante el desarrollo del proceso Enfermero en su práctica del Cuidado.

Por otro lado, Salgado, Valenzuela & Saez (2015) en el estudio “Comportamientos del cuidado percibidos por estudiantes de Enfermería y receptores del cuidado” que se realizó con estudiantes de último año de la carrera y la congruencia con la percepción de los mismos por los usuarios receptores del cuidado, o usuarios de 3 instituciones de formación universitaria, comuna de Concepción de Chile, mediante un estudio descriptivo, transversal. La muestra fue conformada por 96 internos y 96 receptores del cuidado. La recolección de los datos se realizó a través del método de encuesta para el estudiante y usuario. Se aplicaron los siguientes cuestionarios: Cuestionario 1 (antecedentes personales y académicos del estudiante), Cuestionario 2 (antecedentes personales y clínicos del usuario), Cuestionario 3 (*Caring Behaviors Inventory* en su versión para estudiante) y Cuestionario 4 (*Caring Behaviors Inventory* en su versión para usuario). En relación a los comportamientos del cuidado brindado referidos por internos, existió una sobreestimación de percepción de los estudiantes acerca del cuidado brindado por sobre la percepción referida por usuarios. Estos resultados muestran que los comportamientos del cuidado

difieren según los modelos que guíen la formación práctica y las oportunidades de ejercicio de conocimientos y destreza profesional. Las diferencias de percepción de los usuarios y de los internos son esperables. Según la propia experiencia, se moldea la conducta en los internos y esto hace que valoren de determinada manera el cuidado que realizan; sin embargo, los usuarios también tienen sus propias percepciones y son éstas las que finalmente deberían ser consideradas para reorientar y retroalimentar la formación de futuros enfermeros.

El trabajo cualitativo fenomenológico denominado “Percepción de la enseñanza en cuidado humanizado vs la práctica formativa por estudiantes de enfermería” por Gualdrón y colaboradores (2019) se efectuó en los estudiantes de cuarto a noveno semestre de la Universidad de Santander en Colombia, siendo el objetivo principal analizar la percepción del cuidado humanizado de los estudiantes durante su formación, asimismo mencionar las experiencias de humanización que tenga durante las prácticas formativas. Por medio de la observación y entrevistas, se evidenció la buena percepción que tienen los estudiantes durante su formación, siendo integralmente educados en cuanto al cuidado humanizado y de esta manera aplicando lo aprendido en la práctica formativa. Describen asertivamente el concepto de humanización, especificando su concepto como la serie de cuidados que Enfermería le proporciona al paciente en su estado físico, mental y social; preocupándose no sólo por los procedimientos científicos, sino también por el acompañamiento, la escucha, el entorno y el diálogo con el paciente y su familia. Finalmente, afirmaron que han tenido experiencias en sus prácticas formativas que han marcado su vida como profesionales, donde han aprendido a colocarse en el lugar del otro y ver al paciente como un ser humano que siente, que sufre y que necesita recibir cuidados integrales para lograr su recuperación además del tratamiento.

Labrague y colaboradores (2017) en su trabajo “Nursing students' perceptions of their own caring behaviors: a multicountry study” realizaron un estudio descriptivo-comparativo en 467 estudiantes de enfermería de 4 países (Nigeria, India, Grecia y Filipinas), con el objetivo de identificar las percepciones de sus conductas de cuidado utilizando el *Caring Behaviors Inventory* (Wu 2006, citado por Labrague y cols. 2017). Resultó que la subescala clasificada más alta fue “garantía de la presencia humana”, mientras que “conectividad positiva” fue la más baja. No fueron estadísticamente significativas las correlaciones entre el inventario escala y género, nivel de educación y la estructura familiar de los estudiantes, excepto por la edad y el país de origen. Los

estudiantes de 4 países poseen conductas de cuidado positivas, específicamente en intervenciones basadas en el cuidado físico, mientras que hay una necesidad de enfatizar las conductas de Cuidado expresivas durante la educación y práctica de Enfermería.

Por último, se menciona la revisión de literatura “El cuidado humanizado en la formación de pregrado en Enfermería” por Guerrero (2017), que realiza una búsqueda de conceptos como: Enfermería, educación en Enfermería, programas de graduación en Enfermería, evaluación en Enfermería, estudiantes de Enfermería y sus diferentes combinaciones. El análisis hecho en una tabla permitió clasificar los artículos por su aporte al logro de los objetivos específicos propuestos. Se utilizó el *Caring Efficacy Scale* (CES) (Coates 1998, citado por Guerrero 2017) para evaluar la percepción de autoeficacia que tiene la enfermera para otorgar cuidados y relacionarse con sus pacientes como resultado de la aplicación del programa curricular basado en la Teoría de Autoeficacia de Bandura y en la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano de Watson. Además, utilizaron el *Nyberg's Caring Assessment* (NCA) (Nyberg 1990, citado por Guerrero 2017) donde se miden esencialmente los atributos del cuidado basándose también en la filosofía de la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano. Reportan una brecha entre la teoría que se imparte en las aulas de clase y lo que se aplica y exige en el campo práctico, por ende, expresan la necesidad de encontrar la manera de articular los contenidos y unificar el proceso formativo, posicionando al estudiante como sujeto activo de su propio proceso de educación.

En el campo de la Enfermería, como se ha revisado, el estudio de la percepción de las competencias del cuidado se ha manejado mediante diseños de investigación cuantitativa, cualitativa y mixta. No se encontraron estudios respecto a la evaluación de percepción de las competencias y experiencias de estudiantes que cursaron una primera práctica con el currículo basado en la Teoría de Watson.

Planteamiento del problema

Los estudiantes del tercer semestre del programa académico de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia cursaron la Unidad de Aprendizaje (UDA) de la Práctica del Cuidado de Enfermería Fundamental en la fecha del 5 de agosto al 27 de septiembre del 2019. Para brindar atención integral al paciente y sus familiares, se deben adquirir las competencias necesarias a través de la educación continua y la reflexión individual sobre un cuidado individualizado. El

currículo representa la visión de los elaboradores sobre el mundo y la humanidad (Schmidt 2003, citado por Guerrero & Vargas 2017). De este modo, el currículum puede adoptar una posición predominantemente biomédico-técnica o humanista, lo que da lugar a diferentes formas de cuidar (Pinto 2007, citado por Guerrero & Vargas 2017). Los aspectos que se incluyen en el planteamiento del currículo de las instituciones de educación son de vital importancia a la hora de formar profesionales en cuidado humanizado. Si el currículo está hecho según la visión de Jean Watson, debería de reflejarse en la forma de cuidar de los estudiantes.

Ante esta situación, surge la incógnita de conocer la percepción de los estudiantes en cuanto a las competencias y su experiencia de dicha práctica; por lo tanto, se plantea la pregunta de investigación de la siguiente manera:

¿Cuál es la percepción sobre las competencias adquiridas en la Unidad de Aprendizaje de la Práctica del Cuidado de Enfermería Fundamental desde el punto de vista de los estudiantes, así como sus experiencias vividas durante ese periodo en relación con la integración de los Procesos Caritas?

Objetivo

Objetivo general

Conocer la percepción sobre las competencias adquiridas en la Unidad de Aprendizaje de la Práctica del Cuidado de Enfermería Fundamental desde el punto de vista de los estudiantes, así como sus experiencias vividas durante ese periodo en relación con la integración de los Procesos Caritas.

Objetivos específicos

Examinar las percepciones de los estudiantes de tercer semestre acerca de las competencias de la práctica que se adquieren con mayor fuerza o debilidad.

Describir las experiencias vividas acerca de los momentos de Cuidado aplicados por los estudiantes de tercer semestre durante el periodo de prácticas.

Metodología

Diseño del estudio

Para obtener el entendimiento profundo del fenómeno de estudio, se utilizó un diseño de métodos mixtos, ya que se consideran las dimensiones subjetivas y objetivas del mismo para tener la posibilidad de explorar la realidad intersubjetiva integrando ambas visiones (Sampieri, 2014).

El propósito de este estudio mixto concurrente y complementario es conocer la percepción de los estudiantes sobre las competencias adquiridas y las experiencias vividas durante todo el periodo de la Práctica de Enfermería Fundamental (cuidado humanizado) que se llevó a cabo durante agosto-septiembre 2019, relacionado a la integración de los Procesos Caritas en el Proceso de Atención de Enfermería.

La investigación con métodos mixtos es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos y cualitativos con la finalidad de responder a preguntas de investigación determinando la lógica interna de cada componente, así como la interrelación entre ambas fases: propósito, prioridad, secuencialidad y punto de integración. Durante la integración, estos dos tipos de datos y/o las inferencias resultantes de su análisis, sirven de interpretación con el fin de obtener un valor añadido respecto a los diseños de un solo método (Fábregues, S. & Escalante, E. L., 2020).

Creswell y Plano Clark (2018) clasifican los estudios de métodos mixtos en tres tipos de diseños básicos: convergente, secuencial exploratorio y secuencial explicativo. El presente estudio es un diseño secuencial explicativo, ya que tiene el propósito de desarrollar y complementar los hallazgos cuantitativos y cualitativos de manera secuencial; es decir, en la primera fase analizar el fenómeno mediante un diseño cuantitativo, y en la segunda fase mediante un diseño cualitativo para después, llegar a la interpretación mediante la integración, conectando los resultados objetivo (Fábregues, 2020).

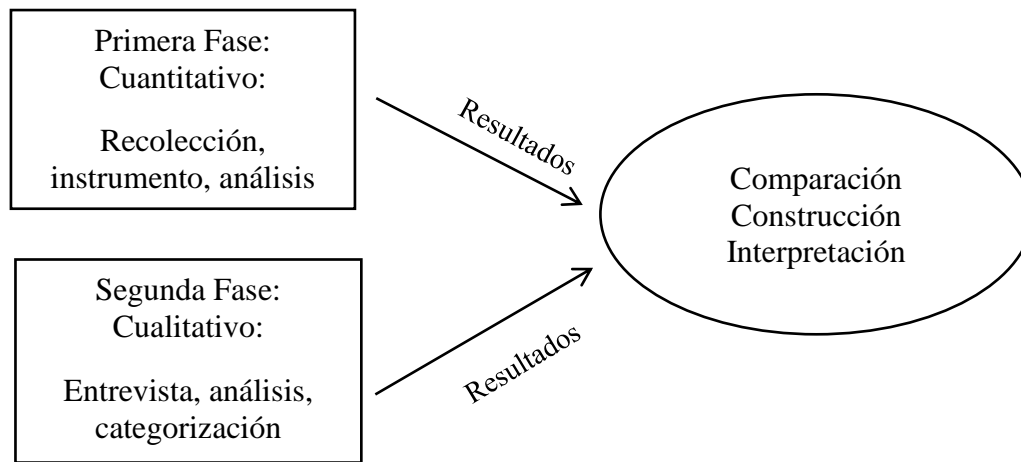
La primera fase del estudio es cuantitativa, en la que mediante un diseño descriptivo, prospectivo y transversal se atiende a un objetivo específico.

La segunda fase del estudio es cualitativo basado en la fenomenología de Husserl, sobre las experiencias vividas, describiendo los significados de los fenómenos experimentados por los individuos a través del análisis de sus descripciones. Para Husserl, la fenomenología es la ciencia

que trata de descubrir las estructuras esenciales de la conciencia; enfatiza en la intuición reflexiva para describir la experiencia tal como se vive y, desde su punto de vista, todas las distinciones de nuestra experiencia deben carecer de presuposiciones y prejuicios (Martínez, 2012). La fenomenología es una forma de filosofía que estudia el mundo respecto a la manifestación de los seres y acciones; es decir, asume la tarea de describir el sentido que el mundo tiene para las personas. Aquello con esencia y perceptible puede ser estudiado con la fenomenología. El método fenomenológico consiste pues, en examinar todos los contenidos de la conciencia para determinar si son reales, imaginarios, ideales, etc. (Rosales, 2017).

Para estudiar la fenomenología; es decir, el acceso a la experiencia emocional o el contacto inmediato antes de volverse consciente para el sujeto es necesario entender primero que se trata de un método de cuestionamiento, no de respuesta, para comprender el modo de cómo cada persona experimenta el mundo. El objetivo de la fenomenología es crear un texto evocativo que aluda a la experiencia tal como es vivida por las personas, de ahí surgen los términos Epoché y reducción, introducidos por Husserl (Lyotard 2008, citado por Pereira 2015). Epoché es suspender el conocimiento que poseemos para comprender la esencia del fenómeno. Mientras que, reducción, es volver atrás al modo como el fenómeno aparece, ir al sentido original (Pereira, 2015).

A partir de diciembre 2019 en la Universidad de Guanajuato campus León, comenzó la recolección de datos para examinar la percepción de estudiantes de tercer semestre de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia que cursaron la Práctica del Cuidado de Enfermería Fundamental. (Ver Figura 1)

Figura 1*Diseño métodos mixtos***Primera fase del estudio*****Selección de los participantes***

La población de estudio fue seleccionada por medio de muestreo por conveniencia, conformada por 80 estudiantes, 40 alumnos por cada grupo A y B, del programa académico de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Para esta investigación se incluyeron a todos aquellos estudiantes de tercer semestre que cursaron la UDA de la Práctica del Cuidado de Enfermería Fundamental en el periodo agosto-septiembre 2019. Fueron excluidos los estudiantes que no estuvieron presentes en el momento de hacer las encuestas y se eliminaron aquellos que dejaron cuestionarios incompletos.

Recolección de datos

Fue utilizado el Inventario de Conductas de Cuidado (CBI-42 *Caring Behaviors Inventory*) (Wolf 1986, citado por Portillo 2015) en su versión para estudiantes traducido al español por Ernesto Agudelo (2000) y revisado por Beatríz Sánchez, validado en español por Itza Camargo (2006). Desarrollado para medir las percepciones de las conductas de Cuidado de Enfermería derivado de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson.

El instrumento consta de 42 reactivos o ítems para actitud (18) y comportamientos (24); con una escala Likert de 5 puntos, donde 1 = nunca y 5 = siempre, con el mayor puntaje se atribuye

a una práctica frecuente de la conducta de cuidado (competencia). Se clasifica en 5 dimensiones: *Deferencia respetuosa* con 12 ítems (1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 27 y 28) *Asistencia segura* con 12 ítems (16, 18, 26, 19, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36 y 37), *Interacción positiva* con 9 ítems (5, 6, 12, 13, 14, 17, 21, 23 y 25), *Preparación y habilidad* con 5 ítems (19, 20, 22, 24 y 38) y *Consideración de la experiencia del otro* con 4 ítems (39, 40, 41 y 42) (Ver Apéndice 1).

En la Tabla 1 se presentan los Procesos Caritas (PCC) de Watson que corresponden a las 5 dimensiones del instrumento CBI-42 de Zane Wolf, y su denotación, según Salgado y colaboradores (2015).

Tabla 1

Procesos Caritas correspondientes a las dimensiones del CBI-42 y su denotación

PCC	Dimensiones	Denotación
2 y 5	1	Respeto por el otro
8 y 9	2	Asegurar las necesidades humanas y seguridad
1 y 4	3	Disposición y ayuda optimista con el otro
6 y 7	4	Conocimiento, habilidades y destreza profesional
3 y 10	5	Aprecio del acúmulo de la experiencia del otro

Fuente: directa

La validez de contenido y de constructo fue establecida en el estudio de Wolf y colaboradores (1988) con un índice de consistencia interna $r = 0.88$ y Alfa de Cronbach 0.96. Se eligió este instrumento para medir la percepción de las conductas del cuidado que permiten desarrollar las competencias curriculares. Está basado en la Teoría de Watson, se aplica en menos de 6 minutos, tiene instrucciones cortas, los enunciados son de fácil comprensión y reporta buena confiabilidad y validez. El permiso para la utilización del instrumento se obtuvo vía correo electrónico por parte de las autoras del mismo (Ver Apéndices 2 y 3).

La aplicación del inventario CBI-42 a los estudiantes estuvo a cargo del investigador del presente estudio, se realizó durante sus horarios de clases dentro de las correspondientes aulas de

la Universidad de Guanajuato campus León. Se solicitó el apoyo y tiempo de los profesores de prestar 10 minutos de su clase para que los estudiantes puedan responder el inventario.

Análisis de datos

Se utilizó el Software estadístico IBM SPSS versión 21, en el cual se diseñó una base de datos para la tabulación, presentación y análisis de los datos recolectados mediante estadística descriptiva. Toda la información es presentada en tablas y gráficos.

Segunda fase del estudio

Selección de los participantes y tipo de muestreo

Mediante un muestreo intencional intenso hasta la saturación de los datos fueron seleccionados cinco estudiantes de los previamente encuestados, hombres y mujeres de ambos grupos A y B del tercer semestre de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Se incluyeron a aquellos que aceptaron participar de manera personal, anónima y voluntaria. Cabe mencionar que la participación en el estudio fue muy independiente a las calificaciones del curso.

Recolección de datos

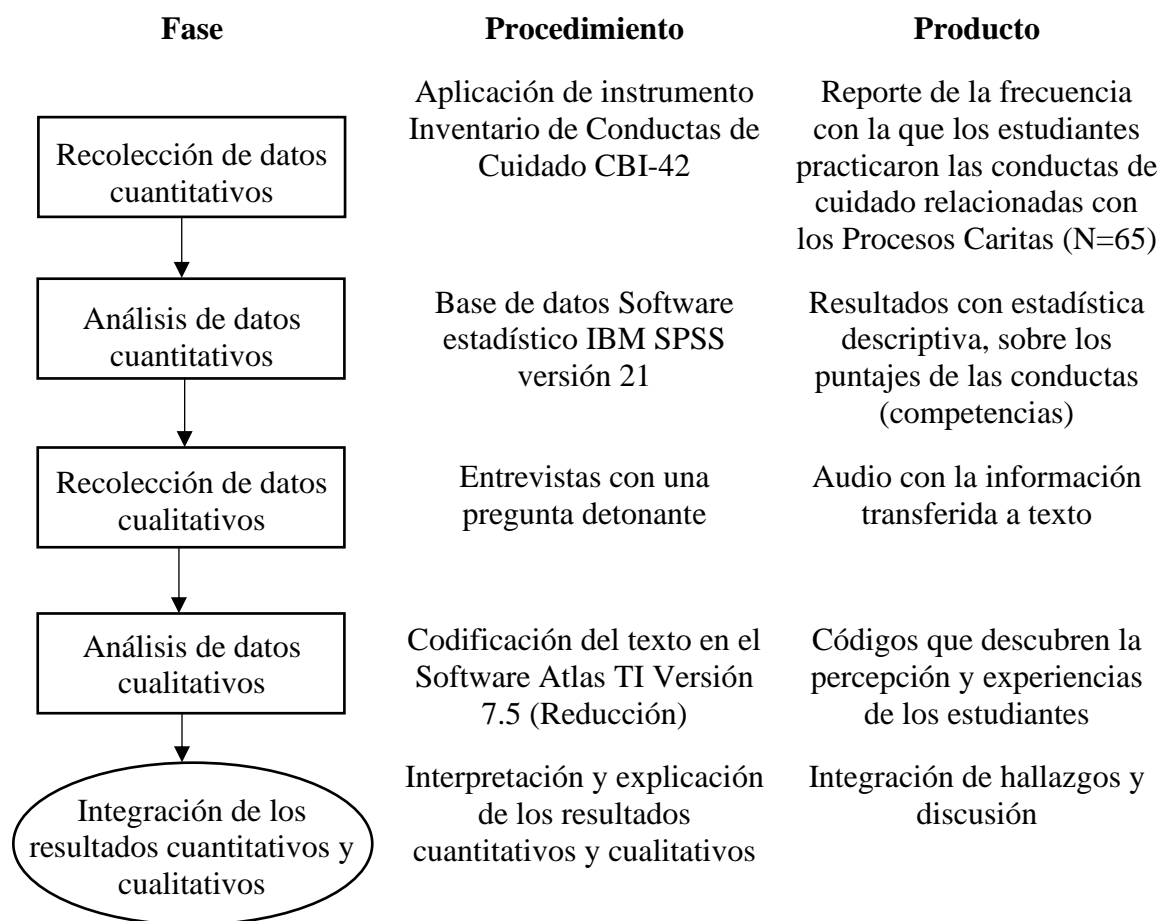
Se ejecutó mediante la entrevista a profundidad con tiempo libre, con un rango de duración de 15 a 40 minutos, por medio de una pregunta detonante y preguntas semiestructuradas sobre cada uno de los Procesos Caritas, elaborado previamente por el investigador (Ver Apéndice 4). La participación en la entrevista se hizo de manera personal y voluntaria en horario mutuamente acordado. Dichas entrevistas se grabaron en audio para, posteriormente, ser transcritas y codificadas.

El contexto de las entrevistas ocurrió en las instalaciones de la Universidad de Guanajuato campus León. En virtud de estar realizando el Servicio Social Profesional en el área de Docencia e Investigación, se tuvo la oportunidad de conocer a los estudiantes del grupo B, trabajando con ellos en una de sus materias. Por lo tanto, al momento de las entrevistas, lo primero que se realizó fue interactuar con los estudiantes del grupo A para lograr una relación de confianza. Se buscó ser empático y respetuoso durante el intercambio de preguntas y respuestas, sin intervenir o dirigir las mismas.

Se utilizó una tarjeta impresa con los Procesos Caritas, con la finalidad de ayudar al estudiante a recordar sus experiencias. Al terminar la entrevista, también se dio oportunidad de que los estudiantes compartieran libremente experiencias adicionales para complementar o dar retroalimentación.

Análisis de datos

Los datos recogidos se grabaron en un equipo celular Samsung Galaxy, se resguardaron en los archivos del investigador para la confidencialidad y protección de los sujetos del estudio. Posterior a las entrevistas, se transcribió la información grabada a un archivo de texto sin formato (.txt) y se transfirió al Software Atlas TI Versión 7.5 para el análisis cualitativo de datos; además, se realizó la reducción de las entrevistas y se crearon los códigos para su análisis a la luz de la Teoría de Watson relacionando las categorías o temas con la integración de los PCC en el texto recolectado. En la Figura 2 se resumen las fases del estudio con la recolección y análisis de datos cuantitativos y cualitativos para llegar a la última etapa con integración por métodos mixtos para su interpretación y conclusión.

Figura 2*Resumen de las fases del estudio***Consideraciones Éticas**

Esta investigación se considera sin riesgo según los artículos 13, 16 y 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación en Salud (1987): Título segundo “De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos”, Capítulo I artículos 13, 16 y 17:

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 17. I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta (Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, 1987).

El protocolo fue aprobado por el Comité de Investigación del Consejo Divisional de la División Ciencias de la Salud (DCS) Campus León.

Se garantizó la privacidad de los estudiantes, así como su participación anónima, confidencial y voluntaria, bajo el principio de respeto por los derechos de los participantes y se asume que dicha participación evidenció el consentimiento del estudiante para participar en el estudio. No existió ningún beneficio directo para la población de estudio, éstos tuvieron la alternativa de participar o no. El investigador comentó este hecho y las alternativas para los encuentros, de tal manera que los estudiantes fueron totalmente informados si querían ser voluntarios para participar en el estudio.

Resultados

Resultados de la primera fase

Este estudio involucró la colecta y análisis de datos cuantitativos y cualitativos que asistieron a responder a la pregunta de investigación ¿Cuál es la percepción de las competencias adquiridas y las experiencias vividas de los estudiantes de la Práctica de Cuidado de Enfermería Fundamental en la integración de los Procesos Caritas?

En la primera fase del estudio, se aplicaron 70 encuestas a los estudiantes utilizando el Inventario de Conductas de Cuidado; sin embargo, 5 de éstas se eliminaron por la razón de encontrarse incompletas, por lo que se considera $N = 65$. La población encuestada se conformó de 60 estudiantes del sexo femenino (85.7%) y 10 del sexo masculino (14.2%) con edades entre 19 y 38 años, 21.1 siendo la edad promedio.

Se realizó el análisis estadístico de las encuestas para conocer la percepción sobre las competencias adquiridas en la Unidad de Aprendizaje de la Práctica del Cuidado de Enfermería Fundamental desde el punto de vista de los estudiantes en relación con la integración de los Procesos Caritas a partir de los 42 ítems del Inventario de Conductas de Cuidado CBI-42 clasificados en 5 dimensiones; el instrumento arrojó una confiabilidad Alfa de Cronbach de 0.91. Se encontró que el puntaje promedio fue de 4.58, como puntuación mínima se obtuvo 3.83 y como máxima 5.00, con una desviación estándar de 0.27.

La Tabla 2 representa el puntaje promedio obtenido por cada una de las dimensiones del instrumento CBI-42, en donde se puede señalar que las dimensiones de **Preparación y habilidad** y **Asistencia segura** obtuvieron el mayor promedio, de 4.68 y 4.65 respectivamente; mientras que, la dimensión que se percibió con menor oportunidad para realizar fue la de **Consideraciones de la experiencia del otro**, con 4.43. Por lo que se asume que las competencias encaminadas al cuidado físico por medio de técnicas y procedimientos de enfermería se practicaron con mayor frecuencia. Por el contrario, aparentemente, es necesario reforzar la relación transpersonal. Los promedios de las calificaciones obtenidas en las cinco dimensiones fueron estadísticamente diferentes ($p < 0,0001$).

Tabla 2*Puntaje promedio por dimensiones del CBI-42*

Dimensión	Media*	Desviación estándar
Deferencia respetuosa	4.52	0.31
Asistencia segura	4.65	0.28
Interacción positiva	4.59	0.31
Preparación y habilidad	4.68	0.28
Consideraciones de la experiencia del otro	4.43	0.47

*p<0,0001

Fuente: directa

Al examinar cada una de las conductas incluidas por dimensión, se muestra que, en la dimensión de **Deferencia respetuosa**, el 100% de los estudiantes reportaron que casi siempre y siempre tuvieron la oportunidad de realizar en su práctica las conductas de *Lo llamé por su nombre* y *Manejé confidencialmente la información que él me proporcionó*. Por otro lado, se encuentran con el porcentaje más bajo *Lo orienté para que él pudiera tomar decisiones acerca de su situación* y *Lo respaldé ante cualquier situación relacionada con la enfermedad* (72.5% y 79.7%, respectivamente).

En la dimensión **Asistencia segura**, los estudiantes reportan haber desempeñado todas las conductas con una mayor frecuencia. Por ejemplo: *Lo traté como a un ser humano* (100%), *Le permití expresar sus sentimientos sobre su enfermedad* (98.6%), *Le transmití tranquilidad durante la hospitalización* (98.6%), *Le ayudé a disminuir su dolor* y *Mostré preocupación por su salud* (98.6%). Adicionalmente, se percibe que la conducta relacionada con: *Lo orienté para que regresara si tenía problemas*, fue la reportada con una menor frecuencia (81.1%). Para recordar, esta dimensión fue la segunda que obtuvo los promedios más altos.

Acercas de la dimensión de **Interacción positiva**, los estudiantes perciben haber practicado siempre y casi siempre: *Demosté simpatía por él* y *Fui paciente y dedicado con él* (100%). Mientras que *Le di esperanzas acerca de su situación* (66.2%) y *Fui cariñoso* (78.2%) se reportan que casi nunca y nunca lo realizaron.

Las conductas agrupadas en la cuarta dimensión, **Preparación y habilidad**, como: *Super aplicar las inyecciones y hacer los procedimientos*, *Le inspiré confianza*, *Demostre conocimientos y habilidades profesionales*, *Utilice el equipo y material de manera adecuada* y *Le administre las medicinas y tratamientos*, reportaron haberse practicado siempre o casi siempre con porcentajes mayores a 97.1% hasta llegar al 100%, por lo que, comparado con las demás dimensiones del instrumento, ésta tuvo el promedio más alto.

Finalmente, la quinta dimensión **Consideraciones de la experiencia del otro**, enlista las conductas que fueron realizadas con una menor frecuencia, comparada con otras dimensiones, por ejemplo, *Le brindé atención especial durante las primeras experiencias, tales como la hospitalización y el inicio del tratamiento* (91.3%) y el más bajo fue *Alivié sus molestias* (87.0%).

En resumen, las conductas de cuidado que los estudiantes llevaron a la práctica con mayor frecuencia fueron: tratar a sus pacientes con respeto, como llamarlo por su nombre, guardar la confidencialidad, escucharlo con atención, ser amable, tratarlo como ser humano, etc. También percibieron siempre y casi siempre demostrar simpatía, ser paciente, dedicado, inspirarle confianza, mostrarle preocupación, estar pendiente, dar cuidado físico, mantener la comunicación y, además, saber realizar correctamente las técnicas y procedimientos, y utilizar los equipos de manera adecuada, demostrando conocimientos y habilidades profesionales.

A su vez, se pueden señalar aquellas conductas cuya práctica se realizó con menor frecuencia o que tuvieron menor oportunidad de hacer, en las que destacan que los estudiantes no le dieron orientación a sus pacientes para que éstos tomen decisiones sobre su enfermedad, tampoco respaldaron su situación, no hubo algún informe o guía de su parte para que el paciente manejara su tratamiento en caso de que éste necesitara regresar a atención, no se fomentó la enseñanza-aprendizaje, tampoco tomaron en cuenta al paciente para que participe en la planeación de su tratamiento. De igual manera, resaltó que los estudiantes no les dieron esperanzas a sus pacientes ni familiares y que no fueron cariñosos con ellos.

Resultados de la segunda fase

En la segunda fase del estudio, se realizó el análisis de las entrevistas sobre las experiencias vividas de los estudiantes durante la Unidad de Aprendizaje de la Práctica del Cuidado de

Enfermería Fundamental en relación con la integración de los Procesos Caritas. En la Tabla 3 se muestran las características generales de estos estudiantes entrevistados.

Tabla 3

Características generales de los 5 estudiantes entrevistados

Entrevistados	Grupo	Sexo	Duración de la entrevista
1	B	Femenino	32 minutos
2	B	Masculino	37 minutos
3	A	Masculino	33 minutos
4	B	Masculino	18 minutos
5	A	Femenino	15 minutos

Fuente: directa

Se hizo la reducción de las transcripciones en base a los 10 PCC de la Teoría de Jean Watson, de donde surgieron 5 códigos emergentes para hacer un total de 15 códigos (ver Tabla 4). Enseguida se presentan los códigos obtenidos de cada uno de los Procesos Caritas, haciendo referencia a las citas textuales correspondientes a los sujetos entrevistados. Se identifican como (E) que significa Entrevistado, y enseguida el número que representa el orden en el que se hicieron las entrevistas del 1 al 5, quedando como: (E1), (E2), (E3), (E4) y (E5).

Tabla 4

Nombre de los códigos asignados a los Procesos Caritas

PCC	Nombre del código
1	Práctica de bondad
	Aplicación de los PCC
	Vivencia de la práctica
2	Respeto de creencias
3	Prácticas espirituales
4	Relación de confianza
5	Expresión de sentimientos
6	Creatividad en el cuidado
	Miedo hacia la práctica
7	Enseñanza y aprendizaje
8	Creación de un ambiente seguro
9	Satisfacción de necesidades
	Retroalimentación
	Limitantes de la práctica
10	Fuerzas fenomenológicas y espirituales

Fuente: directa

El primer Proceso Caritas de: “Práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente”. Código de **Práctica de bondad**: se refiere a la conducta de hacer el bien.

“(...) yo pienso, que ya va desde la manera de ser de la gente...” (E1).

“Te debe de nacer hacerlo, creo que es más personal. Es que esto yo lo veo como ser buena persona haha, ser una persona buena porque realmente todo lo que está aquí de ‘ser amable, ser respetuoso...’ es... Creo que es más eso, y creo que ya es un poco tarde

enseñarlo en la carrera, creo que eso ya viene desde chiquito. No creo que a ustedes con el antiguo modelo se les haya pasado ser buena persona o tratar con amor...” (E2).

“(...) siento que influye mucho el darles amor y cariño a tus pacientes como para que se vayan sintiendo más en armonía con ellos, no solo lo físico, porque pues sí, yo les cambiaba el medicamento, les ponía la solución, pero lo psicológico pues ellos sí lo tenían un poquito mal, siento que ahí entró esto...” (E3).

Código emergente: **Aplicación de los PCC:** hace referencia a las experiencias en la integración de los Procesos Caritas de Watson durante su práctica.

“Yo diría que sí pude aplicar todos, porque prácticamente todos se tratan sobre realizar o darle un cuidado integral a la persona. Es fácil realizarlo, todos los demás Procesos Caritas, ya que solamente se, creo que es nuestra responsabilidad hacer cada uno de ellos de una forma cotidiana sin necesidad de estarlos recordando. Yo creo que eso incluso, aunque no tengan el mismo plan, también lo hacían...” (E2).

“Pues de hecho sí, o sea, dentro de lo que cabe siento que cada punto, aunque sea poquito o muy corto lo que hice con ellos, creo que todos abarcaron en la práctica, la verdad... Antes el currículo se basaba en lo físico, en curar, que lo importante es que el paciente se cure yyy... Ya, o sea, lo espiritual y eso pues bueno ya lo verás después, pero concéntrate en curar a tu paciente para que él se vaya y tenga salud. Así, en eso se enfocaba. Y en esto, en nuestro plan pues siento que sí están metiendo un poco más de esto del humanismo, en cada materia, cada profesor trata de hablar un poco de manera humanística, tratan como de enseñarnos de que es importante también esa esfera ¿no? la esfera... ¿cómo se diría? Ahá, lo psicosocial, todo eso. Es importante tanto para ti tanto tus pacientes para tenerlos con su salud mental adecuada. Y digooo, en el hospital, yo siento que mis compañeras y yo, no sé, como que nos hemos hecho un poco... Bueno sí, yo siento, me hice más humano ¿sabes? porque me consideraba una persona pues muy tosca. Me di cuenta que, no sé, que no sabía muchas cosas como algo tan simple como platicar con alguien ¿sabes? Algo tan simple como llamarle por su nombre a alguien o preguntarle cómo amaneció, cómo está. Y algo tan tan simple y sencillo puede cambiar como que la perspectiva de la persona o su

felicidad y yo noté mucho eso en este, en este plan, que nos inculca mucho el humanismo, el amor, el cuidado y todo, pero no dejan de lado tampoco el curar lo fisiológico” (E3).

“Sí los emplee de diferentes maneras, ya que, pues en ambas prácticas, bueno en la primera fue dedicarme al paciente geriátrico y como tal pues sí necesitaban muchos cuidados o mucho mucho enfoque hacia el momento como tal de amor hacia la persona, ya que pues sí estaban solitos, la mayoría del tiempo... Siento que en la parte humana, o sea como lo propone Jean Watson, que tratar a una persona como persona, está muy bien, ya que pues muchas veces ya o lo he visto, lo vi muchísimo, que muchas veces ya siendo profesional se olvidan que los demás son humanos, y solo se enfocan como que ‘agh tengo que terminar, tengo 30 pacientes y tengo que acabar con todos’ o sea no significa que le vayes a dedicar media hora a cada paciente, sino que le dediques como esos dos minutos o ese tiempo que estés con él sea de calidad... Sin olvidar que pues todos tenemos una parte emocional, una parte espiritual y una parte fisiológica” (E4).

“No, la mayoría de ellos no, casi siempre estábamos ocupados con los enfermeros haciendo otras cosas y no teníamos como mucho tiempo de estar hablando con los pacientes y específicamente a lo mejor con dos o con tres sí teníamos más relación, platicábamos más, pero con la mayoría era más como, simplemente íbamos y hacíamos lo que teníamos que hacer, tomar signos, el medicamento y ya. Mmm yo en realidad no, siento que es algo como individual de cómo es cada uno y le da el trato a los pacientes, y hace su trabajo, más, la mayoría no se acordaba de los diez procesos caritas en el momento, a lo mejor nos acordábamos de los dos primeros y eso era todo. Para volver a hacer el trabajo los teníamos que volver a revisar ‘ah esto coincidió con algo que me pasó’ o algo así...” (E5).

Código emergente: **Vivencia de la práctica:** es la manera en la que los estudiantes vivieron esa experiencia y les marcó su vida.

“(...) el último día, eee cuando ya nos estábamos despidiendo, había un señor que, no me acuerdo su nombre, pero él tenía Alzheimer, bueno tiene Alzheimer, y este yyy bueno, yo me imagino que tuvo que ver con que estuvimos diario, casi diario con él, cuando ya nos estábamos despidiendo, la enfermera de ahí dijo ‘mira es que ya se van las niñas’, entonces

me acuerdo, de hecho a todas las niñas de nuestro grupo se nos quedó como que muy grabado eso, que nos quedamos ahí como que mirando al señor y cuando la enfermera le dijo que ya nos íbamos, el señor nomás se nos quedó mirando y empezó a llorar. Y nosotras lloramos también, porque nos dio mucho sentimiento...” (E1).

“(...) sí me encariñé mucho porque sí llegué como a estar muy cercano con mis pacientes, porque estuve en una misma área, estuve toda esa semana con los mismos pacientes...” (E2).

“(...) un paciente nos empezó a contar su historia de vida y fue como de, o sea yo llegué en un momento donde pues literalmente estaba tirado y pues no a ayudarlo, sino a empezar a que él mismo se empezara a creer en sí mismo y en que todo va a estar bien. Bueno, fue como mi experiencia que más me marcó, porque al final de cuentas fue él que me dijo, yo ya me iba del servicio y de hecho ya iba a la salida y me dijo ‘oye sabes qué ya salí, ya me siento mejor, muchísimas gracias. Cuídate, y vas a ser un excelente enfermero’...” (E4).

“Creo que la mayoría del trato con mis pacientes todo estuvo muy bien, todo estuvo muy tranquilo, sé que hubo experiencias de compañeros donde no les gustó nada por los enfermeros que les tocaron o algo así, pero, no a mí sí me gustó mucho mi práctica y me gustó mucho tratar con los pacientes...” (E5).

El segundo Proceso Caritas es “Ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado”. Del cual surgió el código **Respeto de creencias:** es permitir al paciente practicar la fe y la esperanza para su sanación.

“Vi a varios que tenían crucifijos en su cama y pues yo no les decía nada, al contrario, tendía la cama con cuidado y dejaba ahí el crucifijo ahí en su lugar” (E1).

“(...) en unas ocasiones pues sí estaba muy preocupado, incluso yo me preocupé por él porque yo sabía y yo tenía el diagnóstico en las notas del doctor, obviamente no se lo iba a decir, porque no quería quitarle esa pequeña esperanza ¿no? porque él tenía esperanza, yo lo veía mucho eso y lo que te decía, que aunque yo tuviera el diagnóstico, que era muy

malo, aun así él tenía esa esperanza de que realmente iba a volver a caminar, iba a salir y ser feliz, y dije pues ¿quién soy yo para quitarle la esperanza? ...” (E3).

En el tercer Proceso Caritas “El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión”. Para el cual surge el código de **Prácticas espirituales:** es cultivar la espiritualidad al paciente a su libertad.

“Así como que apoyo espiritual y ese tipo de cosas pues realmente no necesitaban. Nos dijeron que intentáramos no dar como que falsas esperanzas y ese tipo de cosas, cuando sabíamos que pues que no... Y entonces a mí me daba como que también miedo hacer eso porque pensaba ‘no es que, yo no sé cómo vaya a suceder esto y yo dándole esperanza’” (E1).

“(...) lo sentí mucho, sobre todo en las viejitas pues teníamos que darle eee... Lo que dice aquí de... Esto ‘el cultivo de las libre prácticas espirituales’ o sea que ellas creen en dios, que dios los iba a salvar, que ellas eran muy apegadas. Entonces pues obviamente yo como persona laica pues les dejaba que expresaran y creyeran, porque a ellas las hacía sentirse un poco más, emmm ¿cómo decirlo? que se sintieran más cómodas con todo, con su enfermedad. Ellos me manifestaban mucho que dios los iba a ayudar, incluso yo veía que a veces rezaban rosarios y... O que tenían tarjetitas con santos y que se las ponían en la cabecera y pues eso los hacía sentirse un poco más felices y más tranquilos...” (E3).

Continuando con los Procesos Caritas, el cuarto es el “Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza”. Del cual surge el código **Relación de confianza:** es mantener una relación de cuidado basada en la confianza con el paciente.

“(...) realmente tendríamos que estar mucho tiempo con una sola persona, si acaso pues para que mínimo hubiera un poco de confianza porque así super rápido, pues no, no se hace tanto el vínculo que se espera que se haga... Un paciente me contó algo que me quedó, así como que muy marcado, porque cuando entramos a bañarlo y este ya estábamos en el proceso pues aseándolo, sí nos agradeció como cuatro veces nos dijo ‘ay chicas es que no cualquiera se... Es que ustedes son muy valientes...’ y es que ¡yo quería llorar!

porque se me hizo como que un momento, ay, yo creo que aquí fue como un momento como que de mucha confianza, yo creo que sí aplicó, porque ese momento de estar bañando a una persona y que esa persona te esté dando las gracias y que te esté contando su vida personal a mí se me hizo como que algo muy fuerte, muy íntimo. De hecho, ese día cuando llegué a mi casa sí me quedé así como que meditando todo lo que había pasado” (E1).

“(…) la enfermera que estaba con ellas era muy ruda haha, era muy ruda. Entonces que yo llegara, que era un poco más amable, pues les hacía sentir mejor, porque incluso pasaba yo y me saludaban con mucha energía pues, se notaba que les daba gusto verme, yo sentía” (E2).

“Al inicio que yo me presenté que iba a ser su enfermero y todo, pues al principio hubo como una resistencia ¿no? como de pues ‘no te conocemos, ¿quién eres tú?’ ¿no? haha y sí, es normal, creo que tienen todo su derecho, pero pues conforme pasó la semana, porque estuve ahí cuidándolo toda la semana, como que me lo fui ganando te digo y también a su familia me la fui ganando y hasta de repente ya llegaba y me saludaban y no sé qué tanto. Y cuando lo dejaban solo a mi paciente, ahí era cuando yo aprovechaba para hacer mis anotaciones y todo eso ¿no? para ir haciendo mi PLACE y ahí era donde él me mencionaba a veces de que ‘no es que, no creo que sea justo lo que me pasó’ y empezó a contarme un poco, entonces siento que era por eso, por la confianza que se generó con el paso del tiempo. Y no solo con él, también con su familia y es lo bonito, porque incluso te llegan a querer, te llegan a apreciar y eso se siente mejor...” (E3).

“(…) en los tres, cuatro casos de personas este con los que sí estuve mucho, se animaban a contarme toda su vida, o me decían que confiaban mucho en mí o cuando me iba hasta se despedían, me abrazaban, ammm, hasta varios de ellos me dieron su bendición, porque de verdad creo que sí confiaron en mí...” (E5).

Del quinto Proceso Caritas “Estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida”. Se escribe el código **Expresión de sentimientos**: se refiere a apoyar a que el paciente se exprese, para lograr una mejor relación.

“(...) me tocó un señor que sí me dijo que, pues que ya no quería estar ahí, que ya estaba harto, que, pues ya estaba cansado y pues yo lo escuché, o sea no le dije ‘sí sí ya bye’, no o sea sí me quedé ahí en lo que le tomaba los signos y hasta me quedé así asintiendo pues poniéndole atención ...” (E1).

“(...) los puedes escuchar y eso les gusta mucho ...” (E3).

“(...) pues al principio sí era muy negativo, igual... Pues para cualquier cosa me hablaban para ayudarlo, pero al principio sí era bastante negativo, no quería hacer las cosas o ya las hacía muy de rutina yyy cuando yo le empecé a ayudar o lo empecé a tratar o convencerlo de que no todos los días es una rutina, sino puede haber un pequeño cambio que te ayude a mejorar, como que sí lo sintió, lo expresó y como que empezó a ser un poquito más alegre, a convivir un poquito más con los demás y así, yo así lo veía...” (E4).

El sexto Proceso Caritas es “El uso creativo de uno mismo, como participe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencia”. De este, surgen los códigos **Creatividad en el cuidado**: se define como realizar el proceso asistencial de manera creativa, sin caer en las rutinas.

“(...) en comunitaria fue donde yo siento que fue más creativo, porque ahí a veces nos ponían, nos dejaban solos con ellos...” (E1).

“No era creativa, es que estoy pensando en cómo qué aspecto podría ser. Por ejemplo, me fui por la rutina primero porque pues es lo que hay que hacer en el trabajo, y yo siento que pues lo creativo según yo, lo creativo fue esa parte como de involucrarme un poquito más con ellos. En esa parte del asilo, sí fuimos muy muy creativos porque de hecho no llevamos geriatría, entonces entramos así eee pues como en seco. Teníamos que ir investigando y aprendiendo...” (E3).

“Al principio sí llegas como muy emocionada y queriendo hacer las cosas como te enseñaron o como tú quieres hacerlas, pero conforme van pasando las semanas creo que vas agarrando la misma rutina...” (E5).

Código emergente: **Miedo hacia la práctica**: debido a las nuevas experiencias y a lo desconocido, e incluso a la falta de preparación, los estudiantes expresaron sentir miedo.

“(...) no sé si cuenta... Como perderle el miedo a las personas haha, no sé ammm, porqueee, pues aquí como habla de relacionarse mucho con el paciente pues yo no sé cómo, intentaba e intentaba hacer un poco de plática porque normalmente soy un poco tímida cuando conozco gente nueva. Entonces pues ir con gente que no conozco e intentar entablar una conversación mientras estoy tomando la presión ooo algo, y a veces sí habían días donde no sabía qué decir, y estábamos los dos en silencio y me quedaba como ‘¿ay dios mío qué digo?!’ haha... El primer día tenía mucho miedo, decía ‘ay no ya valió, no estudié’ aaah, entonces nos dieron la inducción y después, pues estando con los señores, pues también me daba miedo porque pues, yo no estaba acostumbrada a tratar con gente mayor... Entonces, y más con las patologías de deterioro cognitivo, entonces ahí sí me daba como que mucho miedo...” (E1).

“(...) los primeros cuatro días si no, estaba muy nervioso más que nada hahaha. Intentaba siempre mostrarme seguro porque pues es lo que debes mostrar con las personas, peero por dentro sí estaba como más temeroso, porque era mi primera vez que estaba yendo ahí...” (E2).

En el séptimo Proceso Caritas “Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atiende a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro”, se establece como código **Enseñanza y aprendizaje:** cuando se hace partícipe al paciente de su propia situación del proceso salud-enfermedad, enseñándole acerca de su tratamiento para que éste aprenda a mantener un buen estado, recuperarlo o mejorarlo.

“Había uno que otro. Los que sí tenían como mucho control sobre su propia... Había una viejita que ella sí conocía todo lo que tenía que hacerse, ella conocía más su rutina, su horario de medicamentos que los enfermeros... Casi siempre se notó a que ellos estaban acostumbrados a que los del personal les hagan todo y ellos ahí, nada más dejándose” (E2).

“(...) siempre tenían esa curiosidad de qué y por qué se lo estamos haciendo, siempre me preguntaban, y pues yo trataba de llegarle a lo poco que sé hahaha, pues yo trataba de explicarle por qué y esto...” (E3).

“Mmm... Yo creo que no apliqué el de participar con una verdadera enseñanza-aprendizaje, ya que pues, no les enseñamos como tal nada; sino, solo vamos a como tal a estar con ellos, solo estar, a convivir en su ambiente sin pues mezclarnos tanto...” (E4).

Del Proceso Cáritas 8. “Creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz”, surge el código **Creación de un ambiente seguro:** se refiere a asistir al paciente dentro de un ambiente que cumpla con sus necesidades externas (seguridad, confort, abrigo...) e internas (autorrealización, dignidad, paz, belleza...) para mejorar su estado de salud.

“Me tocó que estaba con una enfermera y ella ya le había dado un medicamento al paciente, no me acuerdo qué era y ya mmm me pidió que yo fuera a dárselo. Y ya yo fui, y se lo di y ya todo bien, entonces pues yo lo anoté en mi libretita, porque dije ‘no pues hay que acordarse que tiene que haber un ambiente seguro y que no sé qué’. Entonces pues ya, ah, y luego después de un rato la enfermera me volvió a dar el mismo medicamento y me dijo ‘dásela a este paciente’ y yo así de mmm ‘¿segura? es que ya se lo dimos’ y dice ‘no no tú dáselo, tú dáselo’ entonces yo saqué mi libreta, busqué la hoja, se la enseñé y le dije ‘es que ya se lo dimos’ y dice ‘aaay sí es cierto, ah no, entonces dámelo’ y yo así como, o sea, si no hubiera dicho yo eso, le hubiera dado otra vez ese medicamento...” (E1).

“(...) un paciente, cuando entró me dijo ‘no pues sabes qué, pues yo ya no la voy a hacer aquí, ni saben si me van a operar’ y cosas así. Y cuando empezó le dije ‘no pues tranquilo, vamos a ver cómo progresa, no te desesperes, las cosas no surgen de un día para otro y menos las operaciones en un seguro en el IMSS son muy tardadas, así que tú tranquilo, vamos a aplicarte medicamento y pues a mantenerte lo más tranquilo posible’...” (E4).

El noveno Proceso Caritas “La asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del Ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger”. Obtuvo mayor número de códigos, los cuales son **Satisfacción de necesidades:** es que el paciente logre encontrarse realizado en cada una de sus necesidades, desde las básicas hasta las personales.

“En la clínica sí había mucha gente así como descuidada y en comunitaria no, ahí sí a todos los tenían atendidos a todos, a cada uno. Yo siento que a lo mejor hubo algunas

deficiencias, porque a veces sí los dejaban solos y ellos pues se quedaban así como muñecos, y así se quedaban un buen rato, y no les hablaban ni nada... Habían deficiencias en varias escalas de la pirámide porque también pues los dejaban ahí, pues nada más iban a darles su medicamento...” (E1).

“No, para nada. Incluso desde seguridad, desde ponerse esa bata te quita mucha seguridad, estar con esa bata de paciente, porque casi casi estás desnudo y la verdad sí lo entiendo, porque es para llevar las prácticas un poco más fácil... Yo he estado hospitalizado y sé lo que se siente. De verdad se siente muy mal, sí te sientes como expuesto, ni te dan ganas de pararte... Desde ahí yo creo que no se están satisfaciendo todas, incluso las de autorrealización y demás, pues es muy difícil llevarlas a cabo cuando estás hospitalizado, creo que a lo mejor donde se pudieron mantener un poco mejor fueron en comunitaria, ya que es un poco más tranquilo el asunto... Lo que más pueden cumplir es lo fisiológico nada más. Solo lo de supervivencia, era en lo que más se estaban enfocando, porqueee... Mmm... Bueno también sí intentaban, en lo más que se pudiera darles como cierta comodidad, darles seguridad, porque eso del subir barandales y esas cosas... A lo mejor la seguridad sí podían hacerlo lo más que pudieran, como lo que te decía de subir barandales, también el de darles mucha comodidad, lo más que pudieran, pero también la misma falta de recursos no deja a veces” (E2).

“Yo creo que el tan solo platicar un ratito con ellos hace que eso los haga plenos, porque muchas veces están solos o no puede ir nadie con ellos y se sienten tristes, están todo el día acostados y dormidos ¿no? por lo mismo de que no quieren saber pues de nada. Están en un hospital y es triste. O también los viejitos que se deprimieron mucho porque no pueden salir, entonces el sentarte a hablar con ellos, que te cuenten cómo se sienten ellos, porque hay veces que también ellos no son escuchados, entonces con yo sentarme y decirles ‘cuéntame qué sientes tú, cómo te sientes, qué te pasa’ y eso los hacía sentirse un poquito más especiales, siento que así están más plenos. incluso cuando llegaba a veces se ponían felices y yo también me ponía feliz porque los veía y sé que estaban felices, entonces eso me hacía como notar ¿no? que tenían plenitud en algún momento, aunque fuera efímero, pero eran plenos. Siento que se cumplieron bien en todos los aspectos...” (E3).

“(...) hay momentos en los que sí las cumplen y hay momentos en los que no, ya que pues a veces no... Cumplen con lo fisiológico o con... Pero ya cuando llegas a lo personal, muchas veces como que les falta eso, como ese pedacito de... Pues como tal de cariño o de mmm no sé un rato de conversación. Me remito mucho a la comunitaria, creo que eso marcó mi práctica, ya que pues como tal teníamos como a un paciente específico del que cumplíamos todo todo, todo el mes con él fijándonos que siempre estuviera al cien, desde lo fisiológico, lo espiritual, ya que los acompañábamos también a misa, Estem... pues sí o sea cumplíamos como toda la escala, pero sí habían momentos en los que por él mismo había algo que no quería, o por ejemplo en lo fisiológico, que de repente no quería comer, porque no se sentía con el mejor ánimo o le dolía su estómago, cosas así, pero siempre tirándole a que estuviera bien el paciente” (E4).

Código emergente: **Retroalimentación:** surgió como necesidad de ser un código emergente, ya que los estudiantes expresaron algunas observaciones y sugerencias con respecto a su práctica y a la integración de los PCC.

“Tal vez estar como que más tiempo con un mismo número de personas si acaso para lograr desarrollar esa confianza que la plantean aquí, porque en comunitaria sí llegué como a aplicar más esto que en clínica, no eran las mismas personas, entonces siento que tal vez más tiempo con un mismo grupo a la mejor sí nos ayudaría a desarrollar esto...” (E1).

“(...) pues yo creo que nos enseñaran más cosas antes de mandarnos a la práctica, porque realmente nos mandaron con un conocimiento muy pobre de muchas técnicas. Incluso de preparación de medicamentos no supimos nada, para nada, ahí aprendimos todo. Yyy... Fue ahí donde tuvimos como realmente la práctica, porque al principio yo creo que íbamos como que con mucho miedo. Perooo, sí, yo creo que sí llegué a realizar todo lo que pude bien, si acaso en la primera semana fue cuando me estuve acostumbrando un poco más, los primeros cuatro días fue cuando apenas me estaba viendo qué onda, cómo era la rutina, cómo se debían de hacer las cosas, pero ya después hasta el último día que estuve en ese... El último día de mi primera semana, el viernes, sí ya ahí fue cuando agarré más confianza, ya sabía hacer todo, incluso me sentía muy tranquilo...” (E2).

“(...) yo siento que la enfermera cambia en base a las necesidades de la población o sea porque con los años fue cambiando. Florence, eee mis respetos para la señora porque en su momento la necesidad era curar, porque estaban haciendo las cosas mal, o sea había infecciones y por algo simple que nomás tenías que lavarte tú las manos y al paciente también, había la necesidad de que pues ellos se estaban muriendo porque no había sanidad y ahorita creo que la necesidad en el mundo actual es eso ¿sabes? lo personal, lo psicológico, lo espiritual... Siento que se dejó mucho de lado y actualmente por eso hay tanta depresión...” (E3).

Código emergente: **Limitantes de la práctica:** son las inconformidades y fronteras con las que se encontraron los estudiantes.

“(...) como que tenía ciertos limitantes por ser estudiante, porque muchas veces sí veía que alguien hacía algo mal y yo, me gustaría haberlo corregido. Había una señora que se estaba muriendo y ellas estaban hablando ahí como... La señora ya estaba inconsciente, pero ellas estaban hablando de ella ahí en frente de ella como ‘no pues ya fue’ y cosas así. Como que no les importara que ella estuviera ahí, y ya decían que se iba a morir, decían pues cositas que creo que no deben de decir. Y me hubiera gustado como haberlo corregido o evitado esa situación, pero no podía porque... Yo era estudiante. Nomás sentí limitantes en cuestión de hacer lo bueno porque no podía como corregir cosas malas. Pero en cuestión de mis prácticas yo creo que todo lo hice, sí creo que todo lo realicé de forma honesta y buena. En comunitaria no pude dar tanta atención porque estaba en somatometría en el centro de salud y era una atención rápida y demás, pero en general yo trataba de sacarles la mayoría de información que ellos tuvieran, perooo creo que por el tipo de atención que tenía que dar y el ritmo...” (E2).

“(...) tienes que cumplir con la rutina. Pero dentro de lo que dices de una atención creativa pues considero que me acercaba mucho a mis pacientes o yo lo que hacía era preguntarles cómo habían amanecido, si habían dormido bien, si... Algo así ¿no? y eso mínimo les hacía sentirse como más especiales o que le importaban a alguien. Porque yo lo que vi era que pues los pacientes, no, los doctores o algunos enfermeros nada más hacían su trabajo, la rutina...” (E3).

“(...) a la mayoría se nos hace mucho papeleo, muchas hojas, estar escribiendo más el momento de cuidado, porque no siempre nos pasaba algo y por ejemplo, en comunitaria, la mayoría del tiempo estábamos no más de veinte minutos con un paciente; era muy raro el paciente que llegara y se sentara a platicar, y sí había quiénes, pero se nos hacía muy raro después de que alguien nos contara su vida, decirle ‘¿nos puede llenar esta hoja por favor? de cómo lo traté...’ Eso no sé, se nos hacía como mal educado, ser maleducados en ese momento de que nos cuenta algo y luego entregarles la hoja para que nos la llene, eso creo que era lo que más nos molestaba a la mayoría, porque sí lo comenté con muchas de mis compañeras...” (E5).

Por último, el décimo Proceso Caritas “El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales” se generó el código **Fuerzas fenomenológicas y espirituales:** se refiere a la comprensión de las personas de cómo las cosas aparecen ante ellos, para, en sí, estudiar a las personas de una manera holística.

“(...) Sí cuando fue el día de los abuelos, eee, tenían que venir todos los familiares de los señores, entonces ella tiene muchísima familia, yo no sabía, y cuando estaban esperándolos, pues yo estaba con ella, porque cuando la dejaban sola y no estaban con ella, se ponía triste, y yo estaba ahí con ella haciéndole plática en lo que veía que los demás llegaban. Entonces, eee, vi que ella se empezó a poner más ansiosa, yo creo que porque vio que los familiares estaban llegando, y ella pues, pues no llegaban sus familiares entonces pues yo me mantuve con ella. Entonces me acuerdo que a ella ya le estaba dando más fuerte el ataque de ansiedad, bueno no sé si sea correcto decir ataque, pero sí se estaba notando. Y de repente vi que llegaron unos niños que estaban apuntando hacia la señora, y yo así como ‘ooh han de ser sus nietos’, entonces ya estaba ahí yo viéndolos y de repente llegó toooda la familia hacia nosotras y yo dije ‘ahh sí qué bueno, ya llegaron’ y en cuanto llegaron pues yo rápidamente me moví para que los familiares llegaran y se sentaran alrededor de ella y los nietos empezaron a abrazarla. Entonces a ella se le cortó el ataque, así de la nada se le cortó y empezó a reírse, y ya no le dio en todo el rato que estuvo su familia ya no le dio nada. O sea, como si nada, se estaba riendo, se estaba riendo con su nieta porque era una bebé, bien bonita la señora. Y entonces yo me di cuenta ahí

que pues la familia es muy importante a pesar de que tuviera deterioro cognitivo pues todavía seguía teniendo ese afecto...” (E1).

A manera de resumen, los resultados de la segunda fase muestran que los estudiantes tuvieron experiencias relacionadas con la integración de los PCC durante la primera práctica como lo son: permitir que el paciente sea devoto y exprese sus creencias, así como sus emociones, ideas y sentimientos. Algunos mencionaron evitar quitarle las esperanzas a los pacientes y familiares sobre su pronóstico de enfermedad. Sobresale que tomaron en cuenta los diez correctos de la medicación para la seguridad del paciente. Por otro lado, algunos estudiantes comparten experiencias donde la integración de los PCC fue difícil o incompleta; es decir, que, en su totalidad de los estudiantes entrevistados lo mencionan, pero solo algunos lograron llevar a cabo: la satisfacción de las necesidades del paciente como persona, la creatividad en sus cuidados y la aplicación de los PCC en el PAE; aquí, unos refieren que se logró gracias al acompañamiento, en cambio otros expresaron que solamente se cumplió en la práctica comunitaria, y algunos otros refieren que no se cumplió en ninguna práctica.

Las experiencias compartidas sobre la práctica de bondad las relacionaron con el simple hecho de ser una buena persona, todos coincidieron en que darle amor a tu paciente influye demasiado en su estado de salud. Del mismo modo, en su totalidad acordaron que sintieron cariño hacia sus pacientes, que esa relación de confianza transpersonal fue tan real y fuerte, que algunos estudiantes recibieron bendiciones de los pacientes y llegaron al llanto al momento de despedirse. Que los pacientes hayan sido agradecidos con los estudiantes, los motivó y les generó una experiencia gratificante y habla de un cuidado transpersonal.

No obstante, algunos estudiantes no tuvieron la experiencia de brindar un cuidado holístico a la persona en el área clínica, perciben haber descuidado la mente, alma y espíritu; esto por distintas razones, como necesitar más tiempo para formar una relación transpersonal, rotar de servicio sin conocer bien a todos tus pacientes, demasiado trabajo de registro con el Proceso Enfermero, estar ocupado estudiando técnicas, la rutina y el ritmo del ambiente. Además, los estudiantes experimentaron mucho miedo e inseguridad los primeros días de su práctica, expresaron no haberse sentido bien preparados para dar cuidado.

Resumen de los resultados mixtos

Al integrar los resultados cuantitativos con los cualitativos, se obtiene una visión más amplia de la percepción de los estudiantes, en el sentido de descubrir la manera en la que ellos percibieron el logro de las competencias y las experiencias que vivieron durante toda su práctica en relación a los PCC. Hay que tener en cuenta que las áreas en las que se desarrollaron la práctica fueron: clínica (hospitales de segundo nivel de atención) y comunitaria (centros de salud de primer nivel de atención y casas hogares o asilos de personas de la tercera edad).

En los hallazgos cuantitativos, los estudiantes percibieron siempre y casi siempre tratar a sus pacientes con respeto, como llamarlo por su nombre, guardar la confidencialidad, escucharlo con atención, ser amable, tratarlo como ser humano, etc. De la misma manera, en los hallazgos cualitativos, los estudiantes percibieron las mismas experiencias relacionadas al trato con el paciente. Es necesario hacer hincapié en que, en su totalidad, se practicó la simpatía y dedicación hacia el paciente, se tuvo una buena comunicación y los cuidados fueron mayormente encaminados a la sanación física. Los estudiantes anunciaron haber sentido mucho miedo e inseguridad para realizar técnicas y procedimientos, y a pesar de estos sentimientos, lograron demostrar conocimientos y habilidades profesionales, reflejadas en los altos puntajes de las dimensiones *Asistencia segura* y *Preparación y habilidad* del CBI-42. Otro aspecto para considerar es que los estudiantes sintieron no haber logrado satisfacer todas las necesidades de la persona, señalando nuevamente, que cuidar la esfera física fue la conducta más frecuente de practicar.

Es fundamental señalar que, aparentemente, la mayoría de los resultados reportados en las encuestas difieren de los resultados de las entrevistas, debido a que los estudiantes podían considerar solamente un área de su práctica al llenar el instrumento generalizando los hallazgos, por otro lado, en las entrevistas, el investigador tuvo la oportunidad de preguntar por sus experiencias en todas las áreas y servicios de su práctica, entonces es cuando se desenvuelven más los estudiantes, haciendo notar que perciben muchas limitantes en el área clínica, ya sea por la falta de tiempo o por el exceso de trabajo que se pide como evidencia para la UDA; mientras que, perciben mayor oportunidad de tener conductas de cuidado humano y holístico en servicios como los asilos, relacionado a convivir con un solo paciente durante todo el periodo de la práctica comunitaria.

Discusión

El objetivo general de esta investigación fue conocer la percepción sobre las competencias adquiridas en la Unidad de Aprendizaje de la Práctica del Cuidado de Enfermería Fundamental desde el punto de vista de los estudiantes, así como las experiencias vividas en relación con la integración de los Procesos Caritas.

Los hallazgos de la primera fase de este estudio revelaron la naturaleza de la percepción de las competencias; los datos recolectados en esta fase permitieron a los investigadores responder a la pregunta ¿cuáles fueron las percepciones de los estudiantes de tercer semestre acerca de las competencias de la práctica en relación con los Procesos Caritas que se practican con mayor o menor frecuencia? En la segunda fase se identificaron las experiencias en la integración de los PCC respondiendo a la pregunta ¿cuáles fueron las experiencias vividas por los estudiantes de tercer semestre durante el periodo de prácticas en relación con los Procesos Caritas que se practican con mayor o menor frecuencia?

De esta manera la primera fase fue encaminando hacia la segunda para una interpretación mixta; es decir, ayudará a tener un entendimiento más profundo. En la tabla 5 se expone la integración de los resultados mixtos: en la primera columna se hace la relación entre las dimensiones del CBI-42 con los ítems cuyos promedios destacan reportados por los estudiantes encuestados; en la segunda columna se muestran los PCC que incluyen los estudiantes entrevistados y en la tercera columna se integran ambas perspectivas.

Tabla 5

Integración de resultados

Resultados cuantitativos	Resultados cualitativos	Inferencia en métodos mixtos
<p>1. Deferencia respetuosa</p> <p>Lo orienté para que él pudiera tomar decisiones acerca de su situación 72.5%</p> <p>Lo respaldé ante cualquier situación relacionada con la enfermedad 79.7%</p> <p>Lo llamé por su nombre 100%</p> <p>Manejé confidencialmente la información que él me proporcionó 100%</p>	<p>PCC 2. Permitir el sistema de creencias libre y 5. Apoyar la expresión de sentimientos</p> <p>“(…) varios que tenían crucifijos en su cama y pues yo no les decía nada, al contrario, tendía la cama con cuidado” (E1).</p> <p>“(…) no quería quitarle esa pequeña esperanza... (E3).</p> <p>“(…) yo lo escuché, poniéndole atención...” (E1).</p>	<p>Siempre se llevó a la práctica el respeto hacia los pacientes, todos los estudiantes permitieron, aceptaron y apoyaron la expresión de creencias, sentimientos, ideas y emociones. Es probable que descuidaran la parte de dar orientación y respaldar en la enfermedad debido a que no se sentían seguros por ser su primera práctica, se podría decir que no supieron cómo dar información para que el paciente tomara decisiones con respecto a su enfermedad. También podría estar relacionado a la falta de conocimientos teóricos sobre patologías, la cual es una UDA que los estudiantes estudiarán hasta semestres avanzados.</p>
<p>2. Asistencia segura</p> <p>Lo orienté para que regresara si tenía problemas 81.1%</p> <p>Lo traté como a un ser humano 100%</p>	<p>PCC 8. Creación de medio ambiente de cuidado y 9. Satisfacción de necesidades básicas</p> <p>“En la clínica sí había mucha gente así como descuidada y en comunitaria no...” (E1).</p> <p>“Pues es muy difícil llevarlas a cabo cuando estás hospitalizado, creo que a lo mejor donde se pudieron mantener un poco mejor fueron en comunitaria” (E2).</p> <p>“Me remito mucho a la comunitaria, ya que pues como tal teníamos como a un paciente específico del que cumplíamos todo todo, todo el mes... Desde lo fisiológico, lo espiritual...” (E4).</p> <p>“Tal vez estar como que más tiempo con un mismo número de personas, porque en comunitaria sí llegué como a aplicar más esto que en clínica...” (E1).</p> <p>“(…) pues yo creo que nos enseñaran más cosas antes de mandarnos a la práctica, porque realmente nos mandaron con un conocimiento muy pobre de muchas técnicas...” (E2).</p> <p>“(…) lo personal, lo psicológico, lo espiritual... Siento que se dejó mucho de lado...” (E3).</p> <p>“En comunitaria no pude dar tanta atención porque estaba en somatometría en el centro de salud y era una atención rápida y demás...” (E2).</p>	<p>La asistencia segura se percibió que siempre y casi siempre pudieron poner en práctica, se esforzaron en sanar físicamente al paciente en un ambiente seguro. Sin embargo, se descuidaron a veces las demás esferas de la persona, sobre todo en el área clínica, en donde los estudiantes manifestaron haber tenido mucho trabajo y poco tiempo para estar con el paciente. Por otra parte, en el área comunitaria, solamente los estudiantes que tuvieron la oportunidad de asistir en casas hogares y asilos percibieron darle un cuidado humano a su paciente. Mientras que, en centros de salud tampoco lograron satisfacer a todas las necesidades de su paciente, debido al ritmo de trabajo que se debe de tener. La mayoría de los estudiantes sugieren que es necesario estar más tiempo en el mismo servicio con los mismos pacientes para lograr un cuidado transpersonal. Otra de las inconvenientes que se mencionaron, fue que algunos estudiantes percibieron haberse sentido poco preparados, con temor e inseguridad para la práctica, reflejándose en descuidar la esencia holística de la persona.</p>
<p>3. Interacción positiva</p>	<p>PCC 1. Práctica de amorosa bondad y 4. Relación de confianza</p>	<p>Todos los estudiantes entrevistados vivieron la experiencia de haberse encariñado con los</p>

Le di esperanzas acerca de su situación 66.2%

“(…) yo pienso, que ya va desde la manera de ser de la gente…” (E1).

pacientes, pero en las encuestas, el ítem de ser cariñoso obtuvo una puntuación baja. Podría decirse que es la manera de ser cada uno, como muchos lo mencionaron, aplicar los PCC trata de simplemente ser una buena persona. Sobre dar esperanzas, se percibió mucha confusión, razón por la que se reporta con una puntuación baja. Esta relación transpersonal de confianza, y hasta de cariño, se logró gracias a los cuidados continuos que los estudiantes ofrecieron, tanto que los pacientes y sus familiares estuvieron muy agradecidos por la buena atención.

Fui cariñoso 78.2%

“Te debe de nacer hacerlo, creo que es más personal. Es que esto yo lo veo como ser buena persona…” (E2)

Demostre simpatía por él 100%

“Yo diría que sí pude aplicar todos, porque prácticamente todos se tratan sobre realizar o darle un cuidado integral a la persona…” (E2).

Fui paciente y dedicado con él 100%

“No, la mayoría de ellos no, casi siempre estábamos ocupados con los enfermeros haciendo otras cosas y no teníamos como mucho tiempo de estar hablando con los pacientes, simplemente íbamos y hacíamos lo que teníamos que hacer, tomar signos, el medicamento y ya…” (E5).

“(…) sí me encariñé mucho porque sí llegué como a estar muy cercano con mis pacientes, porque estuve en una misma área con los mismos pacientes…” (E2).

“(…) realmente tendríamos que estar mucho tiempo con una sola persona, si acaso pues para que mínimo hubiera un poco de confianza porque así super rápido, pues no, no se hace tanto el vínculo que se espera que se haga…” (E1).

“(…) yo me presenté que iba a ser su enfermero y todo, pues al principio hubo como una resistencia, pero pues conforme pasó la semana, porque estuve ahí cuidándolo toda la semana, como que me lo fui ganando te digo y también a su familia me la fui ganando…” (E3).

“(…) en los tres, cuatro casos de personas este con los que sí estuve mucho, se animaban a contarme toda su vida, o me decían que confiaban mucho en mí o cuando me iba hasta se despedían, me abrazaban, ammm, hasta varios de ellos me dieron su bendición, porque de verdad creo que sí confiaron en mí…” (E5).

4. Preparación y habilidad

PCC 6. Uso creativo para la asistencia y 7. Enseñanza-aprendizaje

Le inspiré confianza 97.1%

“(…) en comunitaria fue donde yo siento que fue más creativo…” (E1).

En su totalidad, los estudiantes demostraron destreza para realizar las técnicas de enfermería, a pesar de sus inseguridades y miedos, se puede identificar que sí se prepararon para la práctica.

Supe aplicar las inyecciones y hacer los procedimientos 100%

“No era creativa, me fui por la rutina. En esa parte del asilo, sí fuimos muy muy creativos…” (E3).

Aunque por ser su primera experiencia de prácticas de toda la carrera, se reporta falta de creatividad en el cuidado, vivieron la parte asistencial como algo rutinario. Es una experiencia que se espera desarrollarse con el tiempo gracias a la experiencia y a la formación continua. Una parte importante del miedo que los estudiantes llegaron a sentir fue desenvolverse en un ambiente nuevo sin las competencias necesarias, esto sucedió con aquellos que cuidaron a los adultos mayores, ya que la UDA

“Al principio sí llegas como muy emocionada y queriendo hacer las cosas como te enseñaron o como tú quieres hacerlas, pero conforme van pasando las semanas creo que vas agarrando la misma rutina…” (E5).

“(…) El primer día tenía mucho miedo, entonces nos dieron la inducción y después, pues estando con los señores, pues también me daba miedo porque pues, yo no estaba

acostumbrada a tratar con gente mayor... Entonces, y más con las patologías de deterioro cognitivo, entonces ahí sí me daba como que mucho miedo...” (E1).

“(...) los primeros cuatro días si no, estaba muy nervioso más que nada. Intentaba siempre mostrarme seguro porque pues es lo que debes mostrar con las personas, peero por dentro sí estaba como más temeroso, porque era mi primera vez que estaba yendo ahí...” (E2).

“(...) siempre tenían esa curiosidad de qué y por qué se lo estamos haciendo, siempre me preguntaban, y pues yo trataba de llegarle a lo poco que sé...” (E3).

“Yo creo que no apliqué el de participar con una verdadera enseñanza-aprendizaje, ya que pues, no les enseñamos como tal nada; sino, solo vamos a como tal a estar con ellos...” (E4).

de Cuidado de Enfermería al paciente geriátrico se tomará hasta en semestres avanzados.

5. Consideración de la experiencia del otro

PCC 3. Cultivo libre de la espiritualidad y 10. Reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales

Para finalizar, los estudiantes percibieron no haber tenido oportunidad de permitir prácticas espirituales ni vivir la fenomenología con los pacientes, no se buscó considerar las experiencias de las personas para lograr un cuidado transpersonal. Los cuidados fueron enfocados a la sanación física.

Alivié sus molestias 87.0%

“Así como que apoyo espiritual y ese tipo de cosas pues realmente no necesitaban” (E1).

Le brindé un buen cuidado físico durante la hospitalización 95.6%

“(...) yo como persona laica pues les dejaba que expresaran y creyeran, porque a ellas las hacía sentirse un poco más cómodas con todo, con su enfermedad...” (E3)

Fuente: directa

La mayoría de los estudiantes reportó percibir un cumplimiento de las competencias de la UDA según las respuestas en el instrumento CBI-42. De la misma manera, percibieron buenas experiencias en la integración de los PCC como lo platicaron en la entrevista; estos hallazgos implican en la formación de los estudiantes para orientar el currículo a un aprendizaje más integral y lograr una acción eficaz en los futuros profesionales de Enfermería. No existieron diferencias significativas, estadísticamente hablando, entre lo que se reportó en el instrumento.

Según lo encontrado, los estudiantes reportan en la encuesta que siempre trataron al paciente con respeto, lo llamaron por su nombre, además de guardar la confidencialidad y posibilitar su expresión; E1, E3 y E4 mencionaron que algunos pacientes rezaban rosarios, tenían tarjetitas de santos o crucifijos en sus camas, y los estudiantes no solamente accedieron, sino que dieron el apoyo permitiendo que expresaran sus creencias y sus sentimientos, cuando escuchaban respetuosamente, con atención y sin juzgar, sus quejas, su cansancio y negación con respecto a la enfermedad. Se practicó el respeto hacia el otro, desde ser confidente, hasta permitir la expresión de creencias y sentimientos, entendiendo que, aparentemente, este valor fue aprendido desde casa y no solamente en clases con el currículo humanizado, ya que todos los estudiantes lo percibieron.

Respecto a las necesidades básicas de la persona, los estudiantes percibieron siempre haber tratado al paciente como a un ser humano, mediante permitirle expresarse sobre su enfermedad, transmitirle tranquilidad durante la hospitalización, disminuirle su dolor o mostrar preocupación por su salud. Pero la mayoría de los estudiantes que fueron entrevistados, expresaron limitaciones para poner en práctica un cuidado que integre cuerpo, mente, alma y espíritu, las esferas de la persona, como lo refiere Jean Watson. Se puede decir que descuidaron la esencia holística, como lo dice E1, había muchas deficiencias y se atendía solamente lo físico, como dar un tratamiento farmacológico. E2 mencionó que no se cumplían las necesidades básicas, mucho menos lo que es la autorrealización, ya que es difícil darle seguridad y comodidad a un paciente que se encuentra hospitalizado y que eso es más personal; o en un centro de salud, tampoco se logra, ya que se demanda hacer las actividades a un ritmo eficiente de manera que no se acumulen los pacientes en espera de consulta; incluso hasta la misma falta de recursos no posibilita esta situación, según lo vivieron los estudiantes. De igual manera, E4 hace mención en que solo pueden cumplirse las necesidades fisiológicas en el área hospitalaria, pero que, en la práctica comunitaria en una casa

hogar, existe mayor posibilidad de cuidar las demás necesidades por estar más tiempo con un mismo paciente sin rotar de servicio.

Mientras que E3 percibió la satisfacción de las necesidades básicas en sus pacientes, siendo que alcanzaron un momento de felicidad con el simple hecho de haber sido escuchados y acompañados por él. Autores como Souza & Crespo (2016), en su estudio de autoevaluación del nivel de competencias en estudiantes, reportaron los mismos resultados en que el rol de trabajo en la dimensión física se realizó con mayor frecuencia, además de que encontraron el entorno de prácticas como no favorable. La comunicación y la relación interpersonal son los elementos más esenciales para un cuidado humanizado; el establecimiento de una relación más allá de la atención física a través de la humanización de las acciones en el plan de cuidados favorece la sanación completa en el proceso de recuperación; sin embargo, tanto en la formación como en la práctica enfermera se mantiene la inercia de un enfoque técnico, dejando de lado tales aspectos (Díaz-Rodríguez y cols., 2020).

En su totalidad, los estudiantes expresaron algunas inconformidades con respecto a las horas de práctica y a la rotación de servicios, ya que perciben que, el estar poco tiempo con cada paciente, hace más difícil cuidarlo de manera holística, al igual que los hallazgos en los estudios de Chávez, Monroy & Tejada (2017) y Labrague & colaboradores (2017), los estudiantes poseen conductas de cuidado positivas, específicamente en la esfera física; es decir, aplican cuidados relacionados a la sanación física siempre, pero la salud holística solo a veces, cuya parte se debe reforzar para que el cuidado sea más humanizado. Por lo que se puede inferir que los estudiantes perciben mayor desarrollo de competencias enfocadas al cuidado físico y a la preparación teórica-práctica de las técnicas de Enfermería.

En cuanto a limitantes, se demostró que algunos estudiantes perciben que entraron a la práctica con escaso conocimiento en técnicas y farmacología, presentaron mucho estrés al tener que realizar los cuidados a la vez que tenían que estar estudiando. Nuevamente, aquí expresan inconformidad con las horas de práctica, porque los primeros días se sentían inseguros, derivado a la falta de conocimiento, y cuando apenas se iban acostumbrando al servicio, les tocaba rotar a otro ambiente nuevo, con nuevo personal y con nuevos pacientes. Autores como Carrasco & Yarango (2017) encontraron también como inconvenientes para los estudiantes las escasas horas de práctica. Por lo que entonces, se puede decir que la falta del cuidado holístico se debió a que

los estudiantes no se sentían seguros, bien preparados o con el tiempo suficiente para realizar todas las actividades. Aquí se destaca que E3 no dejó de lado esta parte, notó que se desatendió el cuidado psicológico y espiritual, razón por la que los pacientes no lograban alcanzar la autorrealización. Otra de las mayores limitantes percibidas en la práctica, fue el hecho de ser estudiantes como tal, mencionó E2 que algunas actitudes del personal no eran correctas y que se sintió limitado de no poder corregir, inclusive, de meterse en problemas con las autoridades como lo son el coordinador de prácticas o jefa de enfermeras. E3 y E5 también expresan que tenían que cumplir con la rutina siendo estudiantes, que se ocupaban bastante en sus trabajos escritos y en el papeleo, en lugar de cuidar todas las esferas de la persona.

En su totalidad, en las entrevistas, percibieron simpatía, dedicación y cariño hacia los pacientes. Especialmente, E1, E2 y E3, sintieron que la práctica de bondad va desde la manera de ser de uno, que te debe de hacer hacerlo, es ser una buena persona tratar a los demás con amor, y que el darles este amor, influye no solamente en lo físico, sino que van sintiendo armonía con ellos mismos en todas sus esferas. Similares resultados obtuvieron los autores Canizales (2017), Colchon & Nuñez (2018) y Gualdrón y colaboradores (2019) en sus estudios sobre formación de estudiantes en el cuidado humanizado, en donde destacan sus cualidades como calidad humana, integralidad, compromiso, buena atención, amor por el otro, honestidad, vocación de servicio, desarrollo de valores humanísticos-altruistas y aplicación de PCC durante el Proceso de Atención de Enfermería; además, se afirma que los pacientes son seres humanos que necesitan recibir cuidados integrales. El punto de discusión está en que los ítems del instrumento *Le di esperanzas acerca de su situación* y *Fui cariñoso* se reportaron con un 66.2% y 78.2% respectivamente; dejando claro que la mayoría de los estudiantes se sintieron confundidos si es permitido relacionarse así con los pacientes.

Según lo encontrado acerca de tener una relación de confianza enfermero-paciente, todos los estudiantes coincidieron en que los primeros días en el servicio era muy difícil lograr esa relación sin conocer a las personas; sin embargo, con el tiempo y con sus cuidados realizados con entusiasmo y amor, todos lograron que el paciente confiara. Algunas anécdotas que platicaron en las entrevistas fueron que al momento de asear o bañar a los pacientes, éstos se mostraban muy agradecidos, que conversaban sobre su vida, su enfermedad o su situación, les daban la bendición,

e incluso, que invitaban a los estudiantes a reunirse a convivir saliendo del hospital. Los estudiantes percibieron estas actitudes como una experiencia muy gratificante, como una motivación.

Los estudiantes percibieron temor y falta de creatividad para realizar los cuidados y técnicas de enfermería, como lo que encontraron Carrasco & Yarango (2017), los estudiantes pasan por grandes cambios emocionales, desde temor a una bonita experiencia, el miedo es una barrera para el desarrollo de la práctica y existe nerviosismo e inseguridad al realizar procedimientos. En las entrevistas expresaron haber sentido temor, sobre todo, los primeros días de su práctica, relacionado con la falta de conocimiento y de preparación. Sin embargo, es necesario dar énfasis a que en las encuestas reportaron saber hacer los procedimientos con confianza, demostrar conocimientos y habilidades profesionales, utilizar el equipo y material de manera adecuada y administrar los tratamientos. Infiriendo en que, a pesar de sentirse poco preparados y temerosos, lograron realizar exitosamente los procedimientos de enfermería, pues esta dimensión resultó siendo aquella con el puntaje más alto del inventario CBI-42. Entonces, como investigador, se cuestiona ¿cómo es que esta dimensión se calificó como la más alta, pero en las entrevistas lo perciben como insatisfactorio? Se puede decir que los estudiantes han demostrado un desarrollo positivo de las competencias y que solamente se sintieron así debido a ser su primera práctica de la carrera; se espera que con la experiencia se logre enriquecer el conocimiento y se pierda ese temor.

En la enseñanza y aprendizaje, destacan las respuestas de E2 y E3 contrarrestadas con la percepción de E5; los primeros mencionan que sí tuvieron la oportunidad de llevar a cabo este proceso, que habían pacientes con mucha curiosidad de saber cuáles eran las técnicas y tratamientos que les realizaban, y que incluso habían pacientes con un buen control sobre su propia enfermedad y con un satisfactorio conocimiento en su tratamiento; a esto, los estudiantes informaban acerca de los fármacos, los procedimientos o resolvían cualquiera de sus dudas. Mientras que E5 expresó no haber aplicado ese proceso, ya que, como estudiante, no vas a enseñarles algo a tus pacientes, sino que vas a acompañarlos, según lo que habló en la entrevista.

Continuando con la discusión, uno de los hallazgos más importantes en el instrumento aplicado, fue que la dimensión *Consideración de la experiencia del otro*, fue la que obtuvo la puntuación más baja, y se apoya de igual manera con las respuestas en la entrevista, en donde los estudiantes reportan que no cultivaron la espiritualidad, no hubo apertura o no lo tomaron en

cuenta, se pasó por alto. E1 expresó que los pacientes no necesitaban apoyo espiritual, además, que tuvo miedo de dar esperanzas, a lo que, contrariamente, E3 a pesar de conocer el diagnóstico y el pronóstico de su paciente, él lo apoyó con esa esperanza, “¿quién soy yo para quitarle la esperanza?”, dijo. Con estos hallazgos, se deduce a que, quizá, los estudiantes tenían dudas sobre si es moral o legalmente correcto darle o no esperanzas a una persona en proceso de enfermedad. Como en el estudio de Labrague y colaboradores (2017), en donde se encontró que la conectividad positiva calificó como la escala más baja, además de que existe una necesidad de enfatizar las conductas de cuidado expresivas durante la educación y la práctica.

Finalmente, hablar sobre la aplicación de los Procesos Caritas, todos los estudiantes entrevistados, con excepción de E5, perciben haber tenido la oportunidad de ponerlos en práctica en distintos contextos, como dijo E2 “prácticamente todos se tratan sobre realizar o darle un cuidado integral a la persona”; lograron sentir que, desde su formación teórica en las aulas, sus profesores les enseñaron la importancia del cuidado humano y perciben haberlo aplicado en la práctica. Para algunos estudiantes fue un mayor reto, ya que se les dio la oportunidad de llevar a cabo su práctica comunitaria en casas hogares o asilos, y como estudiantes de tercer semestre de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, aún no cursaban la Unidad de Aprendizaje de Enfermería geriátrica; no tenían el conocimiento, la preparación ni las competencias para cuidar al paciente adulto mayor; así que expresaron mucha dedicación al estudio para practicar los PCC exitosamente. E4 tomó en cuenta que, a veces siendo profesional, puedes olvidar que el paciente es un humano igual que tú, que tiene una parte emocional, espiritual y fisiológica, y que el momento de cuidado debe ser de calidad. La razón por la que E5 percibió no haber tenido la oportunidad de aplicar los PCC, es porque se sentía tan ocupada con los trabajos que se piden para evidencia de la práctica que ni tiempo le dio de revisar la Teoría de Watson, realmente solo logró realizar las técnicas encaminadas al tratamiento físico. Esta situación coincide con los resultados en el estudio incluido de Guerrero (2017), en el que se encuentra una brecha entre la teoría que se imparte en las aulas de clase y lo que se aplica en el campo clínico, y que se señala percepción de una gran exigencia en el campo clínico.

Los hallazgos muestran que esta primera práctica de los estudiantes marcó su vida, todos ellos expresaron mucho gusto hacia la misma, así como cariño hacia sus pacientes, su

agradecimiento y que frases como “serás un excelente enfermero”, fueron percibidas como una gran motivación.

Limitaciones del estudio

Los hallazgos de este estudio son informativos y valiosos para la evaluación del currículo y la docencia. Una de las limitaciones resulta del hecho de que todos los estudiantes realizan su primera práctica en dos ámbitos a lo largo de un mes cada uno: el comunitario y el clínico. Los resultados aquí reportados corresponden a las percepciones y experiencias vividas en general en ambos ámbitos por lo que no fue posible analizar las diferencias, aunque se notaron, ya que los estudiantes señalaron que en el ámbito comunitario lograron aplicar frecuentemente los PCC en comparación del área clínica.

Existe la posibilidad de sesgo de la información si el estudiante respondió lo que el investigador esperaba y no realmente su percepción, así como el Efecto Hawthorne, en el cual el comportamiento de un individuo se altera cuando es observado (Leonard 2008, citado por Beltrán 2017). Incluso, el sesgo se pudo haber ocasionado si el estudiante no respondió a consciencia y lo hizo a prisa para terminar pronto y poder retirarse a sus actividades.

Una limitante adicional en este estudio fue quizás, la falta de tiempo para generar mayor confianza con los estudiantes participantes del grupo A, con los que no se había tenido la oportunidad de trabajar en las Unidades de Aprendizaje como docente, pese a que previo a la entrevista, se trató de generar empatía.

Lecciones aprendidas

Reclutamiento de los participantes. No todos los estudiantes estuvieron dispuestos a participar en la segunda fase. La entrevista puede significar difícil o atemorizante, requerir de un mayor compromiso de tiempo y confianza con el investigador. Un incentivo podría favorecer la participación voluntaria de los estudiantes en próximas investigaciones.

Implicaciones para la educación en Enfermería

Este estudio aporta evidencias sobre el desarrollo de competencias para que los estudiantes integren los Procesos Caritas en el Proceso de Atención de Enfermería, como se tiene intencionado

en el plan curricular. Dicho plan está bien planificado y elaborado; sin embargo, para implementarlo es necesario tomar en cuenta las fortalezas y debilidades que se reportan en la Tabla 6.

Tabla 6

Fortalezas y debilidades descritas por los estudiantes para integrar los PCC en la práctica

Fortalezas	Debilidades
Tratar con respeto y ser confidente	No orientarlo para que tome decisiones de su situación; así como respaldarlo
Cuidar sus creencias	
Escuchar con atención	No satisfacer todas las necesidades como persona, en el área clínica; descuidando lo psicológico y espiritual
Tratarlo como un ser humano	
Dar acompañamiento	Percibir poca preparación, sentirse inseguros y con miedo
Demostrar simpatía	Falta de tiempo para estar con el paciente
Ser paciente y dedicado	Falta de creatividad en los cuidados
Lograr una relación de confianza	No dar esperanzas
Inspirar confianza	Poca enseñanza-aprendizaje
Saber realizar las técnicas	
Brindar un buen cuidado físico	
Permitir que pueda expresarse	

Fuente: directa

Por otro lado, los profesores construyen en ellos un excelente conocimiento y apoyan el desarrollo de destrezas profesionales, pero es necesario que todos los PCC sean fortalecidos, especialmente el 3 y el 10 que hablan sobre el aprecio del acúmulo de la experiencia del otro, para favorecer la visión holística de la ciencia del cuidado.

Los resultados obtenidos dirigen hacia una reconceptualización en la docencia y principalmente en aquella que proporcionan los profesores que coordinan las prácticas, éstos deben ser, en sí, practicantes de los Procesos Caritas para poder transmitirlo a los estudiantes. Es necesario crear oportunidades durante la práctica para que los estudiantes logren ofrecer un cuidado transpersonal holístico, al incorporar sus propias experiencias con los PCC podría proveer

mayor oportunidad de reflejar sus conductas de cuidado y lograr una mejor relación con todos los pacientes.

Los postulados de la teoría del Cuidado Humano que están presentes en el modelo curricular del programa de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia no solamente orientan a la práctica comunitaria y clínica, sino que también a las demás funciones inherentes a la enfermería como es la docencia, la investigación y la extensión. El estudiante debe aprender también dentro del contexto universitario a tomar en cuenta a las personas como seres humanos holísticos, sean compañeros, profesores, directivos, intendentes, administradores, o pacientes. Es necesario un esfuerzo institucional en donde todas las personas contribuyan al cambio de paradigma.

La capacitación de los coordinadores de la práctica en cuanto a los PCC y los postulados de la Teoría del Cuidado Humano es una tarea complicada, pero al mismo tiempo inaplazable. Las instituciones de salud donde los estudiantes llevan a cabo sus prácticas deben conocer el modelo curricular y comprender el cambio de paradigma que se pretende generar de manera que, aunque paulatinamente, éste se extienda y se conozca en toda la comunidad de enfermería y de otros profesionales de la salud. Solo de esta manera el ambiente y el contexto en el que se desenvuelve el estudiante será ideal para desarrollar las competencias de enfermería alrededor de los Procesos Caritas que propone Jean Watson.

Recomendaciones

Se recomienda diseñar estudios de investigación educativa similares para cada nivel de preparación de la licenciatura para identificar cómo se desarrollan de diferente manera las competencias y fortalecer aquellas que se encuentren débiles. Puede ser por separado en las prácticas clínicas y comunitarias para diseñar las estrategias de mejora adecuadas a cada área.

Cuestionar también los pacientes que reciben los cuidados de los estudiantes, ya que tienen sus propias percepciones y deben ser consideradas para retroalimentar a los futuros enfermeros.

Favorecer el desarrollo de las competencias comunicativas y emocionales de los docentes para que el estudiante se sienta seguro de aplicar los PCC en el PAE, sin priorizar solamente los procedimientos biomédicos.

Incluir en cada unidad de aprendizaje de la formación básica un laboratorio que permita aprendizajes experienciales como escucha activa, gestión y comunicación de las emociones. Destacan las siguientes estrategias que contribuyen a este aprendizaje: uso de actividades prácticas, valoración de las características individuales de los estudiantes, uso de metodologías activas, relación de proximidad de los profesores con los estudiantes y organización de trabajo en grupos pequeños (Dalcól y colaboradores 2018, citado por Díaz-Rodríguez y cols. 2020).

Durante los componentes de práctica de cada semestre se recomienda desarrollar estrategias innovadoras para la toma de conciencia, reflexión, valoración y análisis de las emociones, sentimientos y experiencias derivados de las actividades desarrolladas por estudiantes. Para que dicho aprendizaje resulte significativo para los estudiantes, es precisa la implicación del mismo mediante procesos de toma de conciencia en los que se clarifique la importancia de dimensiones como: la metacognición, la reflexión en la acción, el pensamiento crítico y la estética (Siles-González, Noreña-Peña & Solano-Ruíz 2017, citado por Díaz-Rodríguez y cols. 2020).

Conclusiones

Con la primera fase del estudio, debido a que los puntajes de las dimensiones están por arriba de 4 puntos de promedio, se interpreta que siempre y casi siempre los estudiantes tuvieron la oportunidad de practicar las conductas de cuidado correspondientes a los PCC. Se generalizó de manera que no se puede identificar diferencia entre las competencias desarrolladas en el área comunitaria o en la clínica. Mediante los hallazgos cualitativos, es posible señalar que, si estas dimensiones se reportan como positivas, el estudiante está calificando las conductas de toda la práctica sin especificar las particularidades; dando a entender que la integración de los PCC en la práctica depende del lugar y área donde hicieron su servicio, de sus profesores y de su capacitación en el modelo, así como la personalidad del estudiante y su filosofía de vida.

Se percibió mayor oportunidad para integrar los PCC en la práctica comunitaria en los asilos para adultos mayores, debido a estar más tiempo con una sola persona, logrando mayor confianza y una mejor relación enfermero-paciente. Mientras que, en la práctica comunitaria en los centros de salud, los estudiantes expresaron no lograr dar un cuidado holístico a cada persona por la rapidez de los servicios. Finalmente, al hablar acerca de la práctica clínica en los hospitales, la mayoría de los estudiantes percibieron menor oportunidad para llevar a cabo un cuidado que integre todos los Procesos Caritas.

Todos los estudiantes reportaron ser capaces de tratar al paciente como ser humano buscando satisfacer sus necesidades como persona, efectuándolo por medio de la amabilidad, el respeto, dedicación, la escucha y confianza; sin embargo, algunos estudiantes expresaron que no es posible satisfacer todas las necesidades de los pacientes por el exceso de trabajo, la falta de tiempo y hasta el mismo ambiente hospitalario no lo permitía. Aunque mostraron respeto ante las creencias religiosas de los pacientes, dejaron de lado las experiencias existenciales de los pacientes, así como su esencia espiritual. La relación transpersonal no solo desarrolla en las prácticas clínica o comunitaria, sino también con los profesores, tutores, coordinadores y todo el personal. La filosofía y la ciencia del cuidado humano se refleja en la forma de educar a los estudiantes.

De acuerdo con los hallazgos de la presente investigación sobre la percepción de competencias y experiencias vividas de los estudiantes de tercer semestre respecto a la integración

de los Procesos Caritas, conforme a las conductas de cuidado que lograron poner en práctica, se concluye que los estudiantes perciben adquirir mayormente las competencias dirigidas al cuidado físico, como la preparación, habilidad y asistencia segura, demostrando destreza y conocimiento profesional, cumpliendo con las exigencias para el perfil del Licenciado en Enfermería y Obstetricia. La mayoría de los estudiantes reportan una interacción y disposición hacia con el paciente; sin embargo, algunos tuvieron mayor dificultad para considerar el aprecio del acúmulo de la experiencia del otro y llegar a la satisfacción total de las necesidades de la persona, manteniendo el enfoque biomédico tendencia de los sistemas de salud.

Otro punto importante, es la necesidad de los docentes para humanizar la formación para potenciar la enseñanza humanizada y avanzar a una institución que cuide a su comunidad educativa, ya que, como se mencionó anteriormente, el Cuidado Humano lo deben de llevar a cabo desde la preparación. La enseñanza puede alejar o acercar el compromiso de los estudiantes con la enfermería y la humanización, por lo que se requieren esfuerzos personales, colectivos e institucionales con estrategias de apoyo y formación docente y estudiantil.

Referencias bibliográficas

- Báez-Hernández, F. J., Nava-Navarro, V., Ramos-Cedeño, L., & Medina-López, O. M. (2009). The Significance of Care in Professional Nursing Practice. *Aquichan*, 9(2), 127-134.
- Beltrán, L. M. G. (2017). Modelo de predicción de desempeño humano basado En Metodología Crew Resource Management. Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Luz_Gonzalez18/publication/330075494_Modelo_de_prediccion_de_desempeno_humano_basado_en_metodologia_Crew_Resource_Management/links/5d769aef299bf1cb80952735/Modelo-de-prediccion-de-desempeno-humano-basado-en-metodologia-Crew-Resource-Management.pdf
- Canizales Caicedo, M. T. (2017). Impacto del currículo en las concepciones sobre la humanización de la salud en los estudiantes de enfermería de la Unidad Central del Valle del Cauca.
- Carazo Fernández, E. (2018). Evolución de los cuidados de enfermería desde Florence Nightingale. Facultad de Enfermería de Valladolid. Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/30534>
- Carrasco Pacheco, T. D. S., & Yarango, S. (2017). La transición de la teoría a la práctica: Desde la percepción de los estudiantes del VII ciclo de Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán, Pimentel-2016.
- Chávez, Y. P. T., Monroy, E. I. T., & Tejada, I. M. M. (2017). La salud holística en los cuidados aplicados por estudiantes de la FAEN/UNJBG. *Ciencia & Desarrollo*, (11).
- Colchon, K., & Nuñez, O. (2018). Cuidado Humano: Saber, Ser y Hacer del estudiante de Enfermería, según la teoría de Jean Watson en una Universidad Nacional de Lambayeque 2016-2017 (Doctoral dissertation, Tesis]. Perú: Universidad Nacional Pedro Gallo, 2018 [Consultado 6 enero 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2F80oKH>.
- Delors, J. (1996). La educación encierra un tesoro. Santillana. Madrid.
- de Souza Cruz, M. C., & Crespo, M. I. M. (2016). Competencias y entorno clínico de aprendizaje en enfermería: autopercepción de estudiantes avanzados de Uruguay. *Enfermería Global*, 15(1), 121-134.

- Díaz-Rodríguez, M., Alcántara Rubio, L., Aguilar García, D., Puertas Cristóbal, E., & Cano Valera, M. (2020). Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. *Enfermería Global*, 19(58), 640-672.
- Escamilla-Cruz, S., Córdoba-Ávila, M. Á., Campos-Castolo, E. M. (2012). Autopercepción de competencias profesionales de alumnos de la Licenciatura en Enfermería. *CONAMED* 17(2), 67-75. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo_codigo=3971719
- Fábregues, S. & Escalante, E. L. (2020). Una introducción a la investigación en métodos mixtos. IIQM/MMIRA Mixed Methods International Research Association Webinar. Disponible en: ualberta.ca
- Federal, P. E. (2013). DECRETO por el que se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Diario oficial, México.
- Gilberto Leonardo, O. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista de estudios sociales*, (18), 89-96.
- Grupo del Cuidado. (1998). Dimensiones del cuidado. 1ra edición. Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, 225-229.
- Gualdrón, M., Ortega, K. B., & González, N. P. (2019). PERCEPCIÓN DE LA ENSEÑANZA EN CUIDADO HUMANIZADO VS LA PRÁCTICA FORMATIVA POR ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA. *Aibi revista de investigación, administración e ingeniería*, 7-12.
- Guardiola, E., & Baños, J. E. (2017). El papel de las humanidades médicas en la educación de los profesionales de la salud del siglo XXI. *Revista de Medicina y Cine*, 13(4), 155-157.
- Guerrero Matallana, L. D. (2017). El cuidado humanizado en la formación de pregrado en enfermería (Bachelor's thesis). Recuperado en: <https://repository.udca.edu.co/handle/11158/650>
- Guerrero-Castaneda, R. F., Prado, M., & Ojeda-Vargas, M. G. (2016). Reflexión crítica epistemológica sobre métodos mixtos en investigación de enfermería. *Enfermería universitaria*, 13(4), 246-252.

- Guerrero, L., & Vargas, L. (2017). El cuidado humanizado en la formación de pregrado de enfermería. Recuperado de: <https://repository.udca.edu.co/handle/11158/650>
- Hidalgo, M. C. G., & Ortiz, M. O. S. (2016). Usando la Teoría en la Práctica: Percepciones sobre los Postulados de la Teoría del Cuidado y su aplicación en el Proceso de Enfermería al Cuidado a la Persona. Libros Editorial UNIMAR.
- Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Papathanasiou, I. V., Edet, O. B., Arulappan, J., & Tsaras, K. (2017). Nursing students' perceptions of their own caring behaviors: a multicountry study. *International journal of nursing knowledge*, 28(4), 225-232.
- Martínez, F. T. (2012). Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. *Revista de Enfermería Neurológica*, 11(2), 98-101.
- Melgarejo, L. M. V. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, (8), 47-53.
- Nájera R. M., Castrillón, M. C. (2011). La enfermería en América Latina. Situación actual, áreas críticas y lineamientos para un Plan de Desarrollo. Disponible en: http://aladefe.org/articulos/la_enfermeria_en_america_latina.pdf
- Pereira, P. S. (2015). FENOMENOLOGÍA DE LA PRÁCTICA: INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA DE LA EXPERIENCIA VIVIDA. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 9(10).
- Plan de Desarrollo Institucional, P. Institucional 2010-2020 (2010). Guanajuato: Universidad de Guanajuato.
- Poblete Troncoso, M., Cofre Gonzalez, C. G., Guerra Guerrero, V. T., Miño Gonzalez, C. G., Ceballos Vasquez, P. A., & Jara Rojas, A. V. (2017). Nursing students' experiences of change: from a traditional curriculum to a competency-based curriculum. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14).
- Portillo Guerrero, R. (2015). Percepción materna de los comportamientos del cuidado de enfermería ofrecido a los recién nacidos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal de una ESE de la ciudad de Barranquilla (Doctoral dissertation, Universidad

Nacional de Colombia-Sede Bogotá). Disponible en:
<http://bdigital.unal.edu.co/50934/1/55232243.2014.pdf>

Programa Sectorial de Educación 2019-2024. (2019). PROGRAMA SECTORIAL DERIVADO DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2019-2024. Diario Oficial de la Federación. Secretaría de Educación Pública.

RAMÍREZ, O. J. G., DAZA, L. A., & CARO, V. M. Z. (2008). Percepción de cuidado en estudiantes de enfermería: caracterización e impacto para la formación y la visión del ejercicio profesional. *Avances en Enfermería*, 26(1), 85-96.

Rodríguez Artavia, A. (2011). Enfermería ante la deshumanización: una necesidad por ser considerada desde la filosofía de Emmanuel Levinas. Recuperada de:
<http://repositorio.ucr.ac.cr/handle/10669/28898>

Rodríguez-Villamizar, L. A., Vera-Cala, L. M., Rojas-Sánchez, O. A., Rivera-Carvajal, R., & Uribe-Rivero, L. M. (2017). Evaluación de contenidos curriculares y percepción de competencias de estudiantes del área de la salud respecto del Modelo Integral de Atención en Salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 19(4), 491-498.

Rosales, V. P. U. (2017). Edmund Husserl en la fenomenología. *Con-Ciencia Boletín Científico de la Escuela Preparatoria No. 3*, 4(7).

Salgado, J., Valenzuela, S., & Saez, K. (2015). Comportamientos del cuidado percibidos por estudiantes de enfermería y receptores del cuidado. *Ciencia y enfermería*, 21(1), 69-79.

Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ta Edición MrGraw-Hill.

Secretaría de Salud. (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud.

Universidad de Guanajuato. (2016). Síntesis de Programa de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Unidades Académicas de Enfermería.

Urra, E., Jana, A., & García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y enfermería*, 17(3), 11-22.

Veloza Gómez, M. D. M., Venegas Bustos, B. C., & Suarez Acuña, C. E. (2015). Filosofía cuidado humano de Jean Watson. Intellectum Repositorio Universidad de la Sabana.

Apéndices

Apéndice 1. Instrumento de valoración de Conductas de Cuidado

Durante mi primera práctica, tuve la oportunidad de desarrollar estas acciones con la persona de cuidado para cumplir con las competencias relacionadas al Cuidado Humano de Watson:

1= nunca 2= casi nunca 3= ocasionalmente 4= casi siempre 5= siempre

Dimensiones	1	2	3	4	5
Deferencia respetuosa					
1. Lo escuché con atención					
2. Le di instrucciones y le enseñé acerca de su cuidado					
3. Fui amable con él					
4. Le dediqué tiempo durante la hospitalización					
7. Lo orienté para que él pudiera tomar decisiones acerca de su situación					
8. Me mostré respetuosa con él					
9. Lo respaldé ante cualquier situación relacionada con la enfermedad					
10. Lo llamé por su nombre					
11. Fui honesta con él					
15. Hice que estuviese bien física y emocionalmente durante la hospitalización					
27. Lo tomé en cuenta para la planeación de su cuidado					
28. Manejé confidencialmente la información que él me proporcionó					
Asistencia segura					
16. Fui sensible con él					
18. Ayudé a resolver sus necesidades					
26. Le permití expresar sus sentimientos sobre su enfermedad					
29. Le transmití tranquilidad durante la hospitalización					
30. Regresé periódicamente a revisarlo					
31. Hablé con él durante la hospitalización					
32. Lo orienté para que regresara si tenía problemas					
33. Atendí a las necesidades expresadas y no expresadas					

34. Respondí con rapidez ante su llamado					
35. Lo traté como a un ser humano					
36. Le ayudé a disminuir su dolor					
37. Mostré preocupación por su salud					
Interacción positiva					
5. Me identifiqué con él para comunicarle su cuidado					
6. Le di esperanzas acerca de su situación					
12. Confié en la información que él me suministró					
13. Demostré simpatía por él					
14. Ayudé a mejorar sus capacidades					
17. Fui paciente y dedicada con él					
21. Utilicé una voz suave y dedicada al comunicarme					
23. Estuve pendiente de él durante su hospitalización					
25. Fui cariñosa					
Preparación y habilidad					
19. Supe aplicar las inyecciones y hacer los procedimientos					
20. Le inspiré confianza					
22. Demostré conocimientos y habilidades profesionales					
24. Utilicé el equipo y material de manera adecuada					
38. Le administré las medicinas y tratamientos					
Consideración de la experiencia del otro					
39. Le brindé atención especial durante las primeras experiencias, tales como la hospitalización y el inicio del tratamiento					
40. Alivié sus molestias					
41. Le di prioridad a su atención					
42. Le brindé un buen cuidado físico durante la hospitalización					

Apéndice 2. Solicitud y autorización de la autora Wolf

León, Gto. September 19th 2019

Dr. Zane Robinson Wolf

BSN, University of Pennsylvania

MSN, Boston University

Rn, Ph.D., University of Pennsylvania

Respected Dr. Wolf, cordial greetings

My name is Carolina Rodríguez Rosales, currently doing the Professional Social Service for the degree in Nursing and obstetrics from the Universidad de Guanajuato campus León, México.

My research advisors are Dr. Luxana Reynaga Ornelas, M.C.E. Nancy Yadira Díaz García and M.C.E. Carlos Francisco Meza García. In partnership with them we analyzed the Caring Behaviors Inventory which seems very interesting and applicable to the development plan of the research.

My request to you is related to the approval to use the instrument (CBI-42) of his own English version and also will use the Spanish version, which was also asked Dr. Itza Camargo.

The research that I'm doing is titled "Perception of the competences and experiences acquired from the students of the Fundamental Nursing Care Practice using the curricular plan based on Watson's theory". The general objective is to know the perception of the skills acquired in the Unit of Learning the Fundamental Nursing Care Practice from the point of view of the students in relation to the integration of the Caritas Process of Care, as well as experiences lived during that period.

Thanks in advance for your support.

Sincerely,

Carolina Rodríguez Rosales

Cel.: 4772299419


E-mail: karitosugu@outlook.com

Re: Request for the approval to use the CBI-42

Zane Wolf <wolf@lasalle.edu>

Lun 04/11/2019 06:37 PM

Para: Karito Sugu <karitosugu@outlook.com>

 2 archivos adjuntos (82 KB)

cbi versions rev Sept 2018.docx; caring behaviors Inventory release form.docx

Dear Karito:

Please see the release form and versions of the CBI.

I apologize for being so late.

Zane Wolf

Zane Robinson Wolf, PhD, RN, CNE, FAAN
Dean Emerita and Professor
Adjunct Faculty
School of Nursing and Health Sciences
La Salle University
Editor, International Journal for Human Caring
St. Benilde Tower 4015
1900 West Olney Avenue
Philadelphia, PA 19141
610 755 8775 (cell)
215 951 1896 (Fax)
wolf@lasalle.edu

From: Karito Sugu <karitosugu@outlook.com>

Sent: Thursday, September 19, 2019 10:16 AM

To: Zane Wolf <wolf@lasalle.edu>

Subject: Request for the approval to use the CBI-42

Apéndice 3. Solicitud y autorización de la autora Camargo

León, Gto. 19 de septiembre del 2019

Dra. Itza Leiliana Camargo

Enfermera

Cordial saludo,

Le escribe Carolina Rodríguez Rosales, pasante del servicio social profesional de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Universidad de Guanajuato campus León, México. Mis asesores de investigación son la Dra. Luxana Reynaga Ornelas, M.C.E. Nancy Yadira Díaz García y M.C.E. Carlos Francisco Meza García. En trabajo conjunto con ellos, estuvimos analizando el Instrumento de Comportamientos de Cuidado, el cual nos parece muy interesante y aplicable al plan de investigación.

Mi solicitud hacia usted está relacionada con el aval para utilizar en mi trabajo el CBI-42 en versión español. Con respecto al aval de la autora del instrumento original Dra. Zane Robinson Wolf ya se solicitó de igual manera.

La investigación que estoy realizando se titula “Percepción de las competencias y experiencias adquiridas de los estudiantes de la Práctica de Cuidado de Enfermería Fundamental utilizando el plan curricular basado en la teoría de Watson” que tiene como objetivo general conocer la percepción de las competencias adquiridas en la Unidad de Aprendizaje de la Práctica del Cuidado de Enfermería Fundamental desde el punto de vista de los estudiantes en relación con la integración del Procesos Caritas, así como experiencias vividas durante ese periodo.

De antemano agradezco su apoyo

Atentamente,

Carolina Rodríguez Rosales

Cel.: 4772299419

E-mail: karitosugu@outlook.com

RE: Solicitud de autorización para uso de CBI-42 español

Itza Camargo <rase-c16@hotmail.com>

Dom 22/09/2019 04:14 PM

Para: Karito Sugu <karitosugu@outlook.com>

Buenos Dias

Con satisfacción estoy en disponibilidad de dar respuesta positiva a su solicitud

Agradezco me informe a quien dirijo mi aval,

Sin otra consideración

dra. camargo

De: Karito le Sugu <karitosugu@outlook.com>

Enviado: jueves, 19 de septiembre de 2019 9:17 a. m.

Para: rase-c16@hotmail.com <rase-c16@hotmail.com>

Asunto: Solicitud de autorización para uso de CBI-42 español

Saludos cordiales Dra. Camargo

ELEO. Carolina Rodríguez Rosales

Apéndice 4. Guion para entrevista

“Como sabes, el currículo del programa académico de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia se rediseñó para basarse en la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, con la finalidad de llevar a cabo los Procesos Caritas durante las prácticas de enfermería. Dentro de la UDA de la Práctica del Cuidado de Enfermería Fundamental, la competencia fue: Proporcionar los cuidados básicos de Enfermería para el mantenimiento de la salud de la persona en el entorno del primer y segundo nivel de atención aplicando la metodología del proceso de Enfermería, integrando los Procesos Caritas.

Esta entrevista es para que nos platiques tu percepción acerca de dicha competencia y tu experiencia aplicando los Momentos de Cuidado, como segunda parte de una investigación, ya que anteriormente, se te efectuó el llenado de un instrumento. Cabe mencionar que tu participación es anónima y confidencial, y que no repercute en tu calificación de la práctica.

Entonces ¿pudiste integrar los Procesos Caritas?”



León, Gto., a 13 de agosto de 2020

Oficio: CCC/D-EOL/1579/20

Asunto: Carta Modalidad de Titulación por
Tesis

LAE. Verónica Meza Bedolla

Coordinadora del Área de Asuntos de Escolares

Campus León

P R E S E N T E

El Director de la División de Ciencias de la Salud, Campus León de la Universidad de Guanajuato, comunica a Usted que el (la) **C. Carolina Rodríguez Rosales NUA 206258**, ha cumplido íntegramente con los requisitos Académico-Administrativos, incluyendo el idioma extranjero, necesarios para que le sea autorizado la sustentación de su examen para la obtención del grado de **Licenciado(a) en Enfermería y Obstetricia**, bajo la **Modalidad de Tesis**.

Sin otro particular, me suscribo a su disposición para realizar cualquier aclaración.

Atentamente

La Verdad Os Hará Libres

La Secretaria Académica de la División

Mtra. Cipriana Caudillo Cisneros

C.c.p. Coordinador (a) de la Lic. en Enfermería y Obstetricia.

C.c.p. Interesado (a).

C.c.p. Archivo.

SECRETARÍA ACADÉMICA DE LA DIVISIÓN CIENCIAS DE LA SALUD CAMPUS LEÓN

Blvd. Puente Milenio No. 1001 Fracción Predio San Carlos C.P. 37670 Tel. (477) 267 49 00 Ext. 3657



Universidad
Guanajuato

M.C.E Nancy Yadira Díaz García

Presente

Por acuerdo con el Director de la División de Ciencias de la Salud del Campus León se le ha designado como **Presidente** del examen para obtener el grado de la Lic. en Enfermería y Obstetricia que sustentará la **C. Carolina Rodríguez González**.

La modalidad de la titulación será por medio de la presentación de tesis que con el título de **"Percepción de las competencias adquiridas y experiencias vividas de estudiantes de la Práctica de Cuidado de Enfermería fundamental en la integración de los Procesos Caritas"** ha completado y es satisfactorio de acuerdo al Director de trabajo.

Por lo anterior le solicito revise la tesis de la alumna que acompaña al presente y nos informe mediante su voto si procede la realización del examen de titulación.

Su participación en este proceso es de la mayor importancia para la Misión de la Universidad por lo que deseo expresarle mi agradecimiento por su valiosa colaboración en la evaluación del trabajo y la realización del examen de titulación.

Sin otro particular me es grato reiterarle la seguridad de mi más alta consideración.

"LA VERDAD OS HARA LIBRES"

15 de septiembre de 2020

Secretaría Académica

División Ciencias de la Salud

Mtra. Cipriana Caudillo Cisneros

Para los sinodales:

Mi voto en relación al trabajo de Titulación es: APROBADO

Firma: 

SECRETARÍA ACADÉMICA DE LA DIVISIÓN CIENCIAS DE LA SALUD CAMPUS LEÓN

Bld. Puente Milenio No. 1001 Fracción Predio San Carlos C.P. 3767 Tel. (477) 267 49 00 Ext. 3657



Universidad
de Guanajuato

M.C.E. Carlos Francisco Meza García

Presente

Por acuerdo con el Director de la División de Ciencias de la Salud del Campus León se le ha designado como **Secretario** del examen para obtener el grado de la Lic. en Enfermería y Obstetricia que sustentará la **C. Carolina Rodríguez González**.

La modalidad de la titulación será por medio de la presentación de tesis que con el título de **"Percepción de las competencias adquiridas y experiencias vividas de estudiantes de la Práctica de Cuidado de Enfermería fundamental en la integración de los Procesos Caritas"** ha completado y es satisfactorio de acuerdo al Director de trabajo.

Por lo anterior le solicito revise la tesis de la alumna que acompaña al presente y nos informe mediante su voto si procede la realización del examen de titulación.

Su participación en este proceso es de la mayor importancia para la Misión de la Universidad por lo que deseo expresarle mi agradecimiento por su valiosa colaboración en la evaluación del trabajo y la realización del examen de titulación.

Sin otro particular me es grato reiterarle la seguridad de mi más alta consideración.

"LA VERDAD OS HARA LIBRES"

15 de septiembre de 2020

Secretaria Académica

División Ciencias de la Salud

Mtra. Cipriana Caudillo Cisneros

Para los sinodales:

Mi voto en relación al trabajo de Titulación es:

Aprobado

Firma:

C. Carlos Francisco Meza G.

SECRETARÍA ACADÉMICA DE LA DIVISIÓN CIENCIAS DE LA SALUD CAMPUS LEÓN

Blvd. Puente Milenio No. 1001 Fracción Predio San Carlos C.P. 3767 Tel. (477) 267 49 00 Ext. 3657