

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE
MOGROVEJO
ESCUELA DE POSTGRADO**



**PROCESO FORMATIVO DEL ESTUDIANTE DE
ENFERMERÍA EN EL DESARROLLO DE
COMPETENCIAS PARA EL CUIDADO FAMILIAR,
CHICLAYO, 2014**

AUTORA: MARÍA MARGARITA FANNING BALAREZO

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO
ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN ENFERMERÍA**

**Chiclayo, Perú
2014**

**PROCESO FORMATIVO DEL ESTUDIANTE DE
ENFERMERÍA EN EL DESARROLLO DE
COMPETENCIAS PARA EL CUIDADO FAMILIAR,
CHICLAYO, 2014**

POR

María Margarita Fanning Balarezo

Tesis presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica
Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el grado académico de

MAGÍSTER EN ENFERMERÍA

APROBADO POR

Dra. Elaine Lázaro Alcántara
Presidenta de Jurado

Dra. Rosa Diaz Manchay
Secretaria de Jurado

Dra. Sofía Lavado Huarcaya
Vocal/Asesora de Jurado

CHICLAYO, 2014

DEDICATORIA

*A mis amados hijos, Ariana, Denis, Luciana y Mariana,
por su amor, comprensión y por ser mi constante estímulo
para mi desarrollo personal.*

*A Denis, mi amado esposo y amigo por
apoyarme en todos mis proyectos.*

*A mis padres: Roberto y Elida; y a mis queridos hermanos,
Jorge, Guillermo, Ana y Roberto, por el cariño y
apoyo constante.*

*A mis adorados sobrinos: Katherine,
Roxana, Ernesto y Cristian, por su
amor, alegría y aliento en todos mis
proyectos.*

AGRADECIMIENTO

*A la Dra. Sofía Lavado Huarcaya, mi asesora y amiga,
por su disponibilidad y apoyo incondicional para
compartir su sabiduría y experiencia investigativa.*

*A los miembros del jurado, Dra. Elaine
Lázaro y Dra. Rosa Díaz por sus
valiosas contribuciones al trabajo de
investigación.*

*A las docentes y estudiantes de mi querida Universidad
Nacional Pedro Ruiz Gallo, porque con su participación
hicieron posible este trabajo de investigación.*

*A Dios todopoderoso por darme todo lo
que tengo. Gracias, mi Dios.*

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I: DELINEANDO LAS BASES CONCEPTUALES DE LA FORMACIÓN PARA EL CUIDADO FAMILIAR	16
1.1. Antecedentes de investigación	16
1.2. Formación para el cuidado familiar	20
CAPÍTULO II: ENCONTRANDO EL CAMINO METODOLÓGICO	34
2.1. Tipo de investigación	34
2.2. Abordaje metodológico	35
2.3. Sujetos de la investigación	38
2.4. Escenario	42
2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de los datos	45
2.6. Procedimiento de recolección de datos	46
2.7. Procesamiento de los datos	49
2.8. Principios éticos	55
2.9. Criterios de rigor científico	56

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN: EL PROCESO FORMATIVO EN EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS PARA EL CUIDADO FAMILIAR	58
3.1. Primera categoría: El proceso curricular para el cuidado familiar	60
3.1.1. Subcategoría: La integración como eje transversal para el desarrollo de competencias en el cuidado familiar.	61
3.1.2. Subcategoría: El rol docente y la generación del ambiente de cuidado en el proceso formativo	74
3.1.3. Subcategoría: El proceso de cuidado para el desarrollo de competencias en el cuidado familiar.	81
3.2. Segunda categoría: El perfeccionamiento personal del estudiante como estrategia para el desarrollo de competencias en el cuidado familiar	95
 CAPÍTULO IV: PROPUESTA DE ESQUEMA CONCEPTUAL	 112
 CONSIDERACIONES FINALES	 125
RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS	128
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129
ANEXOS	135

LISTA DE TABLAS

	Pág.
<i>Tabla 1.</i> Rasgos del perfil sociodemográfico de la estudiante participante en la investigación	41
<i>Tabla 2.</i> Rasgos del perfil sociodemográfico del docente participante en la investigación.	42
<i>Tabla 3.</i> Elementos de significado identificados en la base textual	51
<i>Tabla 4.</i> Mapa de asociación de contenidos	52
<i>Tabla 5.</i> Frecuencia de asociaciones de elementos de significado	52
<i>Tabla 6.</i> Frecuencia simple y de asociaciones de los elementos de significado	53
<i>Tabla 7.</i> Elementos de significado que originan la primera categoría	60
<i>Tabla 8.</i> Relación de número de temas referidos al cuidado familiar con los temas asignados en asignaturas básicas de la profesión en el currículo 1999	63
<i>Tabla 9.</i> Elementos de significado que originan la segunda categoría	95
<i>Tabla 10.</i> Competencias genéricas y específicas para la formación para el cuidado familiar	118

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. <i>Procedimiento para la recolección de datos.</i>	49
Figura 2. <i>Principios éticos aplicados en el estudio.</i>	55
Figura 3. <i>Estrategias aplicadas para asegurar el rigor científico del estudio</i>	57
Figura 4. <i>Proceso formativo para la generación de competencias para el cuidado familiar</i>	121
Figura 5. <i>Gestión del proceso formativo para el desarrollo de competencias para el cuidado familiar.</i>	124

RESUMEN

El escenario donde se desarrolla actualmente la familia exige que las escuelas de enfermería revisen su proceso formativo con la finalidad de orientarlo hacia el desarrollo de competencias para el cuidado familiar. Por ello, los objetivos de esta investigación cualitativa con abordaje estudio de caso, fueron describir, analizar y discutir el proceso formativo que se dirija hacia el desarrollo de competencias para el cuidado familiar en las estudiantes de enfermería de una universidad de Lambayeque; así como diseñar un esquema conceptual del proceso formativo que oriente el desarrollo de dichas competencias en el campo de la enfermería. Se tuvo como referencia los presupuestos de Waldow y Chinn. Los informantes fueron cinco docentes y 12 estudiantes que cumplieron los criterios de elegibilidad. La información de las entrevistas semiestructuras se completó con el análisis del documento curricular y los sílabos; para su procesamiento se utilizó el Método de Asociación de Contenido (MAC). En todo momento, a lo largo del estudio, se tuvieron en cuenta los criterios éticos y de rigor científico. Emergieron dos grandes categorías: *el proceso curricular para el cuidado familiar* y *el perfeccionamiento profesional del estudiante como estrategia para el desarrollo de competencias en el cuidado familiar*. Esta discusión dio lugar a un esquema conceptual que asegura que el cuidado se convierta en un eje transversal del currículo, abordando a la familia como una comunidad de cuidado. Basándonos en ello se delinear las competencias y proyectos formativos, los mismos que deben ser revisados continuamente para asegurar una formación acorde con las demandas sociales, precisándose para ello, la implementación de una gestión de la formación por competencias.

Palabras clave: Formación en enfermería, competencias para el cuidado familiar.

ABSTRACT

The scene where the family is currently developing requires nursing schools to review their learning process, orienting it development of skills for family care. Therefore, the objectives of this qualitative research with a case study approach, were to describe, analyze and discuss the learning process for the development of competencies for the family care in the nursing of a University of Lambayeque students; as well as designing a conceptual scheme of the formative process that orient the development of competencies for the family nursing care, having as reference the budgets of Waldow and Chinn. The informants were five teachers and 12 students who met the eligibility criteria. Information from the interviews semiestructuras was completed with the analysis of the curriculum document and the syllabus; for the processing of the interviews was used the method of Association of content (MAC); taking into account ethical and scientific rigor throughout the study criteria. Two broad categories emerged: "The curriculum process for family care" and "The professional development of the student as a strategy for the development of competencies in family care". This discussion resulted in the conceptual schema that requires ensuring that care should become a transversal axis of the curriculum and approach to the family as a community of care. On this basis be defined competencies and training projects that must be reviewed continuously to ensure the relevance of the training in accordance with the social demands, pointing out to this end, the implementation of a competency-based training management.

Key words: Training in nursing, skills for family care.

INTRODUCCIÓN

En el Perú las enfermeras reciben formación universitaria orientada, básicamente, por la *Ley de Trabajo del Enfermero*, que estipula el desarrollo de competencias para el cuidado de la persona, la familia y la comunidad; considerando el contexto social, cultural, económico, ambiental y político de su realidad regional, nacional e internacional,¹

Esta formación se desarrolla en diez semestres académicos,² periodo en que el estudiante debe adquirir las competencias explicitadas en el perfil del egresado que se plantea en el currículo, el mismo que debe construirse de acuerdo al Modelo de Calidad, aprobado por el Consejo de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), esto es, ser elaborado teniendo en cuenta las competencias, a través de estas se llegará al cumplimiento de los indicadores claves de la calidad en la formación profesional de Enfermería.³

Ante esta demanda y considerando los cambios que se generan en la estructura y dinámica familiar y en la revalorización de la familia como

institución fundamental de la sociedad y proveedora de cuidados, algunas universidades peruanas, como la Nacional de Cajamarca y la de Trujillo, desarrollan en su proceso formativo, competencias para el cuidado familiar. Sin embargo, muchas otras, como la universidad en estudio, poseen una formación basada en un currículo que data del año 1999 y, por lo tanto, están obligadas a una urgente revisión.

El currículo organizado linealmente a través de asignaturas de carácter general, básico y especializado de la profesión,⁴ considera experiencias para el cuidado familiar. Se estipula que se desarrolle este contenido en los cinco primeros ciclos de estudio, destinándole escasas horas para que la estudiante¹ valore a la familia, elabore los diagnósticos, ejecute el plan de cuidados –con la participación comprometida de la familia– así como para que evalúe la eficacia del cuidado familiar.

Por otro lado, entre los docentes no se ha consensuado un enfoque que guíe la formación en el cuidado. Los contenidos que actualmente se desarrollan están acordes con los planteamientos del Ministerio de Salud⁵ (MINSA), relacionados a familias saludables y enfocados por las propuestas de autoras como Kozier⁶, Potter⁷ y Jhonson,⁸ que abordan la estructura dinámica, ciclo vital de la familia y los problemas que se presentan en cada ciclo, pero desde contextos diferentes al descrito en esta investigación.

Para desarrollar estos contenidos, las docentes utilizan diversos escenarios, aplicando metodologías variadas como conferencia, estudio de caso (en las aulas universitarias) y visitas domiciliarias a las familias que habitan en zonas urbano-marginales, de preferencia en el distrito de Lambayeque. Con respecto a las estrategias de evaluación, están direccionadas a medir el aprendizaje en relación a los aspectos teóricos, los instrumentos de evaluación valoran de manera prioritarias aspectos

¹ Se asumirá el género femenino porque las participantes son mujeres.

cognitivos, siendo débil la evaluación procedimental y actitudinal que requiere el cuidado de la familia.

Esta situación revela la necesidad de romper viejos paradigmas en el proceso formativo, siendo indispensable pensar en una reestructuración curricular orientada por un esquema teórico-conceptual que responda a las demandas sociales y profesionales, de tal manera, que permita implementar estrategias que aseguren el desarrollo de las competencias requeridas para el cuidado que debe brindar la enfermera a la familia.

Ante este contexto, surgieron una serie de interrogantes como: ¿qué nuevas demandas sociales se plantea al profesional de enfermería en lo que respecta al cuidado de la familia?, ¿qué modelos teóricos y conceptuales de enfermería, deben guiar el proceso formativo para desarrollar competencias para el cuidado de la familia?, ¿qué competencias desarrollan actualmente las estudiantes de enfermería para el cuidado de la familia? Estos cuestionamientos dieron lugar a la formulación del siguiente problema de investigación: ¿cómo el proceso formativo orienta el desarrollo de competencias para el cuidado familiar, en las estudiantes de enfermería de una universidad de Lambayeque en el 2013?

En este estudio se definió el objeto de investigación lo constituye el proceso formativo en el desarrollo de competencias para el cuidado familiar, y los objetivos que orientaron todo el trabajo fueron:

- Describir, analizar y discutir el proceso formativo para el desarrollo de competencias para el cuidado familiar, en las estudiantes de enfermería de una universidad de Lambayeque.
- Diseñar un esquema conceptual del proceso formativo que oriente el desarrollo de competencias para el cuidado familiar de

enfermería, teniendo como referencia los presupuestos de Waldow y Chinn.

Esta investigación está plenamente justificada, considerando dos demandas sociales que se plantean actualmente en la formación de las estudiantes de enfermería: la primera, de acuerdo a lo planteado con el Tunning Europeo⁹, Latinoamericano¹⁰ y el CONEAU,³ la formación de los profesionales debe estar orientada al enfoque por competencias; y la segunda demanda social está referida a las actuales exigencias laborales de los profesionales de enfermería que lo invitan a responder a los nuevos escenarios en los que se desenvuelve la familia, caracterizada básicamente por tener estructura dinámica y cambiante.

El enfoque por competencias, desde una perspectiva holística, demanda interrelacionar los aspectos cognitivos, procedimentales y actitudinales, sobre una sólida base en valores éticos que aseguren un cuidado holístico, de esta manera se debe contribuir a que la familia alcance su bienestar.

Estas demandas deben ser escuchadas por la universidad, en ese sentido nos propusimos describir, luego analizar y discutir el proceso formativo que se está aplicando para desarrollar competencias en el cuidado de la familia en las estudiantes de una facultad de enfermería, y basándonos en esta información, se elaboró un esquema conceptual, que contribuya a dar respuesta a dichas demandas.

El esquema conceptual que surgió en esta investigación pretende mejorar el proceso formativo de la enfermera, ya que estará dirigido a generar las condiciones pedagógicas esenciales para facilitar la formación de las competencias, basada en las demandas sociales, profesionales y la ética. Guiaron el constructo conceptual los planteamientos de Waldow, referidos al *cuidado enfermero* y a las *comunidades de cuidado*, propuesto por Chinn. El esquema conceptual constituye un aporte de esta

investigación, el mismo que podrá ser validado por otras escuelas y facultades de enfermería de la región y del país. Dicho aporte es fundamental, ya que al formar nuevos profesionales en enfermería, con competencias para el cuidado familiar, se estará incrementando el estatus profesional del enfermero y, por ende, se fortalecerá su rol dentro del equipo de salud.

Este estudio está estructurado en cuatro capítulos: en el primero, se explicitan los antecedentes de investigación y las bases conceptuales que permitieron profundizar la discusión de los resultados; en el segundo, se describe el método con el que se desarrolló esta investigación cualitativa con abordaje estudio de caso; en el tercero, se presentan y discuten las categorías que revelan cómo es el proceso formativo para el desarrollo de competencias para el cuidado familiar, teniendo en cuenta los antecedentes de investigación, la base teórica y el análisis del contexto; y en el cuarto capítulo se presenta el esquema conceptual que orientará la formación de enfermeros con competencias para el cuidado familiar. Posteriormente, se presentan las consideraciones finales, recomendaciones y sugerencias.

CAPÍTULO I

DELINEANDO LAS BASES CONCEPTUALES DE LA FORMACIÓN PARA EL CUIDADO FAMILIAR

1.1. Antecedentes del problema

Los siguientes trabajos de investigación contribuyeron en la discusión de los resultados:

Valadão A. y Acioli, S.¹¹ realizaron una investigación titulada *Visita domiciliaria: espacio para las prácticas de cuidado de salud de enfermeras y agentes comunitarios de salud*, con el objetivo de estudiar los significados atribuidos por enfermeros y agentes comunitarios de salud de la estrategia salud de la familia, en Río de Janeiro- Brasil, sobre las prácticas de salud realizadas en la visita domiciliaria. Se utilizó la

metodología hermenéutica-dialéctica. Los datos se obtuvieron por medio de entrevistas semiestructuradas con ocho enfermeros y siete agentes comunitarios de salud. Se verificó que las prácticas de cuidado del enfermero durante la visita domiciliaria se enfocan en las necesidades de salud y el logro de actividades asistenciales. Los agentes comunitarios de salud se enfocaron en la identificación de demandas de salud. La escucha activa, la observación del ambiente domiciliario y la educación en salud son realizadas por ambos. Estas conclusiones demuestran que enfermeros y agentes comunitarios de salud deben ser estimulados a (re)pensar sus prácticas de cuidado en la visita domiciliaria.

Cardoso *et al.*¹² realizaron un estudio titulado *Processo comunicacional: instrumento das atividades em grupo na estratégia Saúde da Família*. Esta investigación tuvo como objetivo analizar los instrumentos del proceso comunicacional desencadenado en actividades grupales, en la estrategia *Salud de la Familia*. Del discurso de los profesionales emergieron dos categorías: diálogo-acción y diálogo-interacción, que evidencian el proceso comunicacional como medio instrumental de las actividades grupales en la estrategia Salud de la Familia. El primero por el uso predominante del lenguaje verbal como medio operacional para desarrollar los procedimientos específicos de cada profesional en relación al seguimiento del estado de salud del paciente; y el segundo, como instrumento en el que coexiste, según los enfermeros, la utilización de la comunicación verbal y no verbal.

Silva *et al.*¹³ realizaron la investigación titulada *A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família*, en la que plantean que actualmente las condiciones de salud-enfermedad de los miembros de la familia y la familia como unidad se influyen mutuamente y está muy consolidada. La Estrategia de Salud de la Familia (ESF) se implantó para reorganizar el Sistema Único de Salud; cada equipo es instado a conocer la realidad de las familias, de las cuales es responsable. En este sentido, se elaboró una revisión integradora de literatura identificando el concepto de

familia y los factores asociados al abordaje familiar en la ESF. Se identificaron aspectos contributivos para la manutención del abordaje fragmentado en la ESF, así como aspectos que pueden favorecer la superación hacia un modelo de abordaje enfocado en la familia.

En el 2009, Silva¹⁴ realizó una investigación titulada *Enfermagem de familia: um contexto do cuidar*, en la que planteó un modelo de cuidado de familia y un plan de acción para el cambio. Apoyado por la asunción de profesión de enfermero de familia y las experiencias de enfermeras en sus contextos de acción con familias, el Modelo Dinámico de Evaluación de Familia e Intervención es el resultado de cuestionar la práctica. La evaluación del impacto ha permitido la incorporación de la necesidad de una práctica enfocada la familia, con un diseño basado en el Modelo de Cuidado co-construido. La co-construcción de un Modelo de Cuidado de las necesidades identificadas por enfermeras, legitimada por sus funcionarios con poder de decisión, era un proceso de discusión teórico y práctico de profesión de enfermero de familia. Plantea que con la puesta en práctica de los procesos de cambio, será posible dar visibilidad a las contribuciones de cuidar en el contexto familiar, como la unidad de intervención.

Betancur S. *et al.*¹⁵ realizaron el estudio titulado *Proceso enseñanza-aprendizaje y satisfacción de estudiantes y docentes del programa de enfermería de la Universidad de Caldas, con las prácticas clínicas y comunitarias*. Los resultados mostraron fortalezas en la aplicabilidad de los procedimientos vistos teóricamente, el cumplimiento de los objetivos y la satisfacción con la labor que desempeñan con el usuario. Asimismo, se detectaron aspectos deficitarios en las relaciones interpersonales, específicamente, en el trato entre profesionales, lo que les llevó a generar procesos de sensibilización que permitan a los futuros profesionales de la salud enfrentar los retos con un enfoque humanista, que no solo capacite y entrene para un ejercicio profesional, sino que prioritariamente forme

individuos con habilidades para vivir y sentirse satisfechos con la profesión que eligieron.

Tanaka S. *et al.*¹⁶ realizaron la investigación titulada *Innovación en el proceso de aprendizaje de enfermería en salud colectiva*, en la que se buscó sistematizar las facilidades y las dificultades observadas por los familiares en la atención a la salud y analizar sus implicaciones pedagógicas en el proceso de aprendizaje de las estudiantes en la asignatura *Fundamentos y prácticas de enfermería en salud colectiva*. El estudio fue retrospectivo, basado en datos de la encuesta domiciliaria. Las principales dificultades observadas y consideradas como aspectos fundamentales fueron la calidad de la relación usuario-profesionales y la demora en la atención a causa del exceso de demanda. Esas temáticas constituyeron momentos de movilización de la capacidad cognitiva de los estudiantes, pues permitieron observar las necesidades de los usuarios y fortalecer la práctica pedagógica en el proceso de formación.

Balinsk A, *et al.*¹⁷ en su investigación, titulada *Avaliacao de insercao da disciplina saude da familia na matriz curricular da universidade paranaense (UNIPAR): Sob a ótica do académico de enfermagem*, refiere que es fundamental la disciplina de salud familiar en el currículo para la formación de enfermeras, pero que los contenidos que se suelen desarrollar no son suficientes en relación a horas teóricas y prácticas, y no se evidencia una consistencia reflexiva y crítica de los mismos.

A nivel local, solo hemos localizado la investigación realizada por Díaz *et al.*¹⁸ en el 2009, titulada *El cuidado cultural de familias de un asentamiento humano en la perspectiva de Leininger*, en este estudio cualitativo con abordaje de estudio de caso, se concluyó en que las medidas de cuidado practicadas por las familias se basan principalmente en creencias y costumbres, entre las que destacan la práctica de la medicina tradicional, la preferencia por alimentos del lugar de procedencia y la

influencia de la religión, elementos que guían su modo de pensar y de actuar frente al cuidado de su salud.

1.2. Formación para el cuidado familiar

En este apartado se profundiza en los conceptos principales que sustentan el estudio. Iniciamos con el proceso formativo y nos centramos específicamente en la formación para el cuidado; para dar cuenta de este marco nos respaldamos en el enfoque socioformativo de Tobón, y en la enseñanza para el cuidado de Waldow; ambos autores, aunque provienen de disciplinas diferentes, plantean la necesidad de adoptar un paradigma humanizador en la formación, donde predomine la visión de la persona como un “ser”, considerando su dinámica de cambio y su realización continua; ello implica redireccionar el proceso formativo: formar personas para que cuiden personas. Asimismo, se hace necesario considerar la conceptualización de cuidado familiar, al existir poca bibliografía al respecto, la investigadora hizo una revisión de algunos autores para plantear su propuesta del constructo *cuidado familiar*.

Siendo coherentes con el enfoque metodológico del estudio de caso, que exige contextualizar nuestro objeto investigado, procedemos en este capítulo –y también en el análisis y discusión– a desarrollarlo de manera complementaria. Iniciamos haciendo énfasis en que la formación de enfermería en América Latina a nivel universitario es relativamente reciente (data de los años 40). Durante las tres últimas décadas del siglo XX la enseñanza tuvo un carácter técnico e instrumental caracterizado por una educación biomédica, pero ya en la década de los 60, algunas escuelas y facultades introdujeron elementos conceptuales de enfermería, educativos, administrativos y de investigación en los currículos. Actualmente la mayoría de los currículos de las escuelas y facultades de enfermería abordan aspectos sociales, políticos, demográficos y

epidemiológicos; muy pocos destacan el ser y hacer propio de la enfermera.¹⁹

En el Perú, el proceso formativo tiene características heterogéneas, desde la creación de la primera escuela de enfermería (1907), bajo la dependencia hospitalaria, hasta su creación como escuela universitaria en 1958, no se ha consensuado un currículo base que guíe el proceso formativo en las escuelas y facultades de enfermería.²⁰ Pese a algunos intentos que se han planteado desde las organizaciones rectoras como el ASPEFEEN, poco se ha avanzado.

En la mayoría de escuelas de enfermería, la formación está organizada linealmente (por asignaturas); inician con los fundamentos de enfermería para luego abordar el cuidado de acuerdo al ciclo vital. Algunas empiezan con el cuidado a la gestante, recién nacido, niño, adolescente, adulto y adulto mayor; y otras por la complejidad del cuidado al recién nacido, inician con el adulto y adulto mayor, luego el cuidado a la gestante, para finalmente abordar el cuidado al recién nacido.

Otra característica que comparten las escuelas y facultades de enfermería del Perú es la formación predominantemente recuperativa intrahospitalaria –antes que preventiva, familiar y comunitaria–. Esta tendencia en la formación ha sido desarrollada por muchas décadas respondiendo a las exigencias de formación de un paradigma positivista, predominante en ese entonces. En el actual contexto las exigencias académicas son diferentes y complejas, e incluso el perfil de las estudiantes ingresantes ha cambiado significativamente. Todo ello exige (re)dirigir los enfoques de la formación universitaria y, muy especialmente, el de enfermería, buscando adquirir mejores competencias para el cuidado. En esta vorágine de cambios paradigmáticos en la formación de enfermería, surge en los últimos años una estudiosa del cuidado que no solo se interesa por conocer y profundizar los aspectos teóricos, filosóficos y epistemológicos del cuidado en enfermería, sino

también centra estos conceptos en la formación y, muy particularmente, orienta el desarrollo del currículo de enfermería basado en un enfoque del cuidado.

Nos referimos a la brasileña Vera Regina Waldow, quien adopta un currículo basado en un enfoque de cuidado, y exige orientar la formación del estudiante en modelos o teorías del cuidado y reflexionar sobre su filosofía. En este enfoque, lo que se modifica –más que los contenidos– son las actitudes y posturas docentes, estos al aceptar el abordaje del cuidado, armonizan su filosofía de formación con su propia filosofía de vida.²¹

Agrega la autora que en la mayoría de instituciones formadoras insisten en un discurso holístico y pregonan el cuidado integral, sin embargo; todavía se prioriza en sus propias ideas y actitudes hechos contradictorios, transmitiendo a los estudiantes una formación priorizada en contenidos médicos y la enseñanza de un proceso de enfermería idealizado, pero de difícil viabilización en las instituciones de salud, pues se perpetúa una formación enfocada en problemas, síntomas y clasificaciones diagnósticas.

Las estudiantes no perciben la diferencia al escuchar el cuidado del ser humano en “forma holística”, pues al ser ellas mismas evaluadas en sus actividades académicas, se prioriza una evaluación identificando en las “personas que cuidan” aspectos físicos, psicológicos y sociales, fundamentándolos de manera aislada. En la práctica, no sucede algo diferente hay una marcada dicotomía entre el discurso teórico y la práctica cotidiana. Todos esos aspectos tienen que ser considerados en el currículo, más si hablamos de un currículo centrado en el enfoque del cuidado.

Antes de continuar profundizando en el currículo con esta orientación, se hace necesario definir qué entendemos por cuidado. En diferentes obras de Waldow²² se hace referencia al cuidado como una

manera de ser y de relacionarse, comprendiendo el aspecto moral y la ética de la profesión de enfermería.

El cuidado es un proceso innato en el ser humano y se expresa como un modo de sobrevivir y como una expresión de interés y cariño; particularmente el cuidado enfermero es un proceso interactivo que la enfermera profesional desarrolla con intervenciones “para y con” el ser cuidado basándose en conocimientos científicos, en la habilidad, intuición, pensamiento crítico, creatividad y, a su vez, acompañados de comportamientos y actitudes de cuidado que implican promover, mantener y recuperar la dignidad e integridad humana: plenitud física, mental, emocional, social y espiritual en las fases de vivir y morir de las personas.²²

En el contexto de este proceso formativo, los sujetos de cuidado (docente-estudiante) juegan un rol protagónico. El docente, según la mencionada autora, debe estar siempre en búsqueda de innovación, proponiendo nuevas formas de actuación que faciliten el aprendizaje. Esto quiere decir, que deben reflexionar sobre cómo se desarrolla la enseñanza y, consecuentemente, mejorar su práctica. Es necesario que el docente identifique el cuidado como un valor, reconociendo y explorando sus significados y proporcionando un ambiente de cuidado al estudiante, de tal manera que se sienta confiado y empoderado para demostrar comportamientos de cuidado a las personas que cuida.

El cambio de experiencias entre docentes y la constante actualización son exigencias pertinentes en este enfoque, pues, siempre es necesario buscar medios, formas para construir y transmitir conocimientos y práctica que valoricen el cuidado humano. En ese sentido, para la autora mencionada, el primer paso es crear un ambiente de cuidado.

Dos razones justifican el cuidado en las relaciones académicas entre docentes y estudiantes: la primera, para que las estudiantes de enfermería

implementen prácticas y comportamientos de cuidar, es necesario que ellas mismas experimenten el cuidado, tanto en la vida personal como en el ambiente educativo; y segundo, las estudiantes de enfermería deben demostrar comportamientos de cuidado a través de la autonomía, decisión, responsabilidad, además de tener un ambiente de confianza y respeto; asimismo, es preciso el desarrollo del pensamiento crítico.²³ De allí la importancia de reestructurar el currículo para la formación de enfermeras.

No se podría hablar de currículo con enfoque del cuidado, si el docente no vive y hace suyo esas relaciones de cuidado. Pero ¿qué significa *relaciones de cuidado*? Waldow la define como aquellas que se distinguen por la expresión de comportamientos de cuidar que las personas comparten, tales como: confianza, respeto, consideración, interés, atención, entre otros. Estas relaciones determinan un ambiente de cuidado, donde las personas se sienten bien, reconocidas y aceptadas tal como son, donde consiguen expresarse de forma auténtica y se preocupan mutuamente, fortaleciendo y cambiando ideas, ofreciendo apoyo y ayuda, responsabilizándose y comprometiéndose con la manutención de ese clima de cuidado”.²¹

Conviviendo en un clima de cuidado, las estudiantes tendrán mayores probabilidades de expresar cuidado y adquirirán con mayor facilidad comportamientos de cuidar. Esta es la primera exigencia en la construcción de un currículo centrado en el cuidado, pero además se debe ofrecer estrategias metodológicas que faciliten y promuevan el comportamiento de cuidar. Siendo el proceso reflexivo, la intuición y el pensamiento crítico elementos claves para el suceso de calidad en el proceso de cuidar.

La formación centrada en el cuidado se inicia desde los primeros bosquejos del plan curricular, pues el currículo de enfermería representa las creencias corporificadas sobre la naturaleza de la disciplina de

enfermería. Esas creencias sugieren las características del cuerpo docente, discente, administrativo, y demás recursos humanos y estructurales. Es el componente central con el que los demás componentes se interrelacionan.

Al discutir una formación de enfermeras centrada en un currículo con enfoque del cuidado, estamos hablando de una formación que da prioridad a la interpretación y reflexión filosófica del ser (sujetos del cuidado –en la formación corresponde al docente/estudiante–), a las relaciones y ambiente de cuidado y a las estrategias metodológicas de formación que favorecen el proceso de cuidar. Este enfoque es transversal a todo el proceso de la formación del enfermero.

Para (re)pensar la formación para el cuidado familiar, surgen algunas preguntas: ¿cómo es abordado la enseñanza del cuidado en las disciplinas que forman para el cuidado familiar?, ¿cómo las enfermeras/estudiantes viven el cuidado familiar en su práctica cotidiana?, ¿cómo podría ser pensado una disciplina para el cuidado familiar, centrado en el enfoque de cuidado?, ¿cómo los docentes estructuran la práctica para el cuidado familiar?; y ¿qué tipo de actividades y experiencias son seleccionadas para facilitar el proceso de aprendizaje familiar?

De acuerdo a Waldow, cuando la enfermera enfoca el cuidar como su acción profesional, es preciso que ese cuidado sea fundamentado. Lo que torna válido para las enfermeras no es solo lo que se hace, sobre todo, es el conocimiento que fundamenta sus acciones; esto es lo que diferencia a la enfermera de otros profesionales y la distingue de manera permanente en la sociedad.²³ Siendo así, la formación para el cuidado familiar debe exigir un conocimiento teórico/filosófico de la enfermería, pero también debe enfatizar en el conocimiento contextual y propio a la formación del cuidado familiar, esto es de la realidad familiar en el Perú y el mundo, los cambios en la estructura, dinámica y multiplicidad de escenarios en la que se desenvuelve actualmente la familia, e incluso las diferentes

conceptualizaciones que han ido surgiendo sobre la familia, influenciada por los enfoques paradigmáticos, sociales, antropológicos y filosóficos.

Etimológicamente, *familia* deriva del latín «*família*» y se usaba para referirse a un amplio grupo de personas unidas en torno al «*pater familias*» por vínculos de sangre, afinidad y servidumbre. El DRAE (*Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*) la define como, ‘el grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas’, o ‘como el conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines a un linaje’. Demográficamente, se define como ‘una unidad estadística compleja de naturaleza económica-social, constituida por el conjunto de individuos que comparten habitualmente una vivienda y que efectúan sus comidas en común’.²⁴ Organismos internacionales y nacionales también se pronuncian y plantean que la familia es la ‘unidad de grupo natural fundamental de la sociedad,²⁵ que tiene como base el matrimonio o la unión de hecho, y a aquellas uniones de seres humanos que responden a realidades y vivencias distintas²⁶ y que están bajo la responsabilidad de una cabeza familiar’.⁵

Otros investigadores la definen teniendo en cuenta la dinámica en las relaciones familiares: ‘grupo de individuos cuyos rangos de edades pueden extenderse a dos o más generaciones, en las que las relaciones que se presentan son más intensas que en cualquier grupo de la sociedad, siendo su vida un continuo flujo del pasado, del presente y del futuro’, o que es una ‘unidad en transformación, que promueve su capacitación para satisfacer las exigencias derivadas de las transiciones que se producen a lo largo del ciclo vital de la familia’.²⁷

Bustamante²⁸ plantea una definición que va más allá de las funciones atribuibles a la familia y la concibe como:

“Un organismo vivo complejo cuya trayectoria de vida es un transcurrir de diversidades, adversidades, semejanzas, diferencias, individualidades, singularidades y complementariedades que lucha por su preservación y desarrollo en un tiempo espacio y territorio dado y al cual se siente perteneciente, interconectado y enraizado biológica, solidaria, amorosa, cultural, política y socialmente”(p.16).

Basándonos en la revisión bibliográfica realizada para la presente pesquisa, la investigadora concibe a la familia como el grupo social que está en permanente reorganización de acuerdo con los cambios socioculturales y las necesidades específicas de sus miembros, que muestra su amor y solidaridad a través de las prácticas de cuidado, pero que también vivencia situaciones de no cuidado que afectan el bienestar familiar.

Esta definición conlleva a plantear la necesidad de centrarnos en el cuidado como una característica fundamental de la familia, reconociendo su complejidad y dinamismo, y considerando que cada uno de sus integrantes tienen sus particularidades, creencias, valores y costumbres, que en la interacción se manifiestan e influyen en las necesidades y aspiraciones familiares en general.

Teniendo en consideración las conceptualizaciones señaladas párrafos arriba, la investigadora define el *cuidado familiar* como ‘un proceso complejo, dinámico, intencional y emancipador que respeta las particularidades, creencias, valores y costumbres de los integrantes, promoviendo la identificación de sus necesidades sentidas y no sentidas, sus fortalezas y obstáculos, poniendo en marcha intervenciones que potencien los recursos familiares para que accedan a redes de apoyo social que les permita empoderarse para recuperar o mantener el bienestar familiar’.

Visto así, el cuidado familiar tiene un enfoque holístico porque considera a la familia como una unidad, que posee su peculiaridad que no

es equiparable a la suma de sus miembros considerados aisladamente, ya que cualquier alteración en alguno de ellos implica disfuncionalidad en la totalidad. Es aquí donde surge la necesidad de que se reconozca y promueva las prácticas de cuidado, por ser responsabilidad de sus miembros, por ser un fenómeno existencial inherente, parte de su propia naturaleza. Por ello el cuidado familiar se deberá caracterizar por el amor y la preocupación que muestre la enfermera por cada uno de los miembros de la familia, tales cualidades denotan un comportamiento deliberado de respeto, amabilidad, honestidad, reciprocidad... todo ello hará que tanto los integrantes de la familia como la enfermera misma se beneficien en el desarrollo de su propio potencial.

En esta perspectiva, el cuidado familiar, basado en el respeto a los valores, creencias y costumbres de la familia, promoverá que la enfermera reconozca y potencie su capacidad para cuidar a sus miembros y para proteger su entorno. Tal situación es pasada por alto con frecuencia por muchas enfermeras, quienes generalmente se abocan a realizar intervenciones desde la perspectiva de lo que ellas consideran pertinente, sin involucrar y sensibilizar a la familia ni mucho menos potenciar sus propios recursos, perpetuando así su dependencia para el cuidado de la salud.

Es necesario que la enfermera abandone su perspectiva tradicional en el cuidado a la persona en el contexto familiar para enfocarse a la familia como una unidad de cuidado en la que se reconozca el sentir de la esta como punto de partida para el cuidado familiar.

Esta propuesta implica reconocer que la salud de la familia es un proceso dinámico, resultado de la interacción de sus miembros con el ambiente y del desempeño eficiente de sus roles que conlleva al bienestar familiar. Sus integrantes se responsabilizan y promueven su propia salud y

la de los demás miembros de la familia, asimismo suscitan la funcionalidad de esta como unidad en un entorno aún más complejo que la comunidad en la que se desenvuelven (dicha comunidad condicionará el tipo de problema que enfrentarán y resolverán durante su ciclo vital).

En este contexto el cuidado familiar será un proceso interactivo en el que la enfermera desarrollará intervenciones basándose en conocimientos científicos, habilidad, intuición, pensamiento crítico y creatividad, acompañados, a su vez, de comportamientos, actitudes y de un ambiente de cuidado que implica promover, mantener y recuperar la dignidad e integridad humana, que incluye la plenitud física, mental, emocional, social y espiritual en sus fases de vivir y morir de cada miembro de la familia. Todo esto sustentado en un enfoque multicultural, dinámico y complejo que conlleve al empoderamiento de la familia para ejecutar actividades que promuevan su salud y desarrollo familiar.

Para hacer realidad el cuidado familiar, se requiere desarrollar en las enfermeras, desde su etapa de formación en el pregrado, competencias con enfoque holístico-humano. Entendemos como competencias las actuaciones integrales ante actividades y problemas del contexto, que tengan en cuenta la ética y la idoneidad, que articulen el *saber ser*, *conocer* y *hacer* en el manejo de las situaciones externas, asumiendo los cambios y la incertidumbre con autonomía, creatividad y responsabilidad personal y social²⁹.

Entiéndase que en este enfoque, la competencia es una dimensión más que la estudiante debe desarrollar, se traduce en la adquisición de conocimiento, habilidades, creatividad, sensibilidad, pensamiento crítico y capacidad de toma de decisiones para el cuidado, de esta manera podrá resolver problemas integrando el *saber ser* (automotivación, iniciativa, trabajo colaborativo, empatía, responsabilidad, autoestima, entre otros), el

saber conocer (observar, encontrar información, analizar, procesar, explicar, comprender, investigar y crear conocimientos) y el *saber hacer* (desempeño basado en procedimientos y estrategias para la asistencia, docencia, investigación y gestión), teniendo en cuenta los requerimientos específicos del entorno, las necesidades personales y los procesos de incertidumbre, desarrollando su autonomía, conciencia crítica y creatividad al buscar el bienestar de la persona cuidada.³⁰

Desarrollar competencias requiere de la aplicación del *enfoque socioformativo*, el mismo que se define como el conjunto de lineamientos que pretenden generar las condiciones pedagógicas esenciales para facilitar la formación de la competencias, a partir de la articulación de la educación con los procesos sociales y ambientales, implementando actividades contextualizadas a sus intereses, autorrealización, interacción social y vinculación laboral.²⁹

Este enfoque que promueve la formación humana basada en competencias es pertinente para la formación de enfermeras, ya que toma como base tres aspectos: *el proyecto ético de vida, las potencialidades de las personas y las expectativas sociales* que son fundamentales para desarrollar competencias para el cuidado desde la perspectiva de Waldow.

El *proyecto ético de vida* es concebido como un proceso en el cual la persona busca su realización personal acorde con sus necesidades vitales de crecimiento y una determinada visión de la vida asumiendo retos y posibilidades del contexto con un fuerte compromiso ético basado en el seguimiento de valores.³⁰ Por ello, el enfoque socioformativo tiene una especial importancia para la formación de enfermeras, ya que a través del proyecto ético de vida la estudiante –de manera consciente, apoyándose en valores de automejoramiento, respeto, justicia, autoevaluación, honestidad, amor a la vida y transparencia– deberá establecer estrategias

buscando su autorrealización acorde con sus necesidades vitales de crecimiento y su visión de la vida.

Las *potencialidades de la persona* son los recursos y saberes como la psicomotricidad fina y gruesa, la percepción, la atención, el lenguaje, la memoria, el afecto, la motivación, los rasgos de personalidad, los estilos de aprendizaje, los ritmos de aprendizaje, la intuición, la espiritualidad, la meta cognición, entre otras; que pone en juego para resolver los problemas que se le presentan³⁰, por ello es importante que la estudiante fortalezca sus potencialidades, esto implica que se conozca, comprenda, acepte y se actualice, porque sólo en la medida que es capaz de transitar por el complejo mundo personal de sí misma, podrá transitar o asomarse a dimensiones del mundo íntimo de la persona y familia que cuidará.

Por otro lado, las *expectativas sociales* están referidas al ideal, producto del proceso formativo, que la sociedad espera de la enfermera, entre otros aspectos: profesionales competentes para el cuidado familiar en el nuevo contexto en el que se desenvuelve la familia, con la capacidad de reconocer su dinámica y los determinantes sociales que condicionan su bienestar. Estas expectativas exigen redireccionar el proceso formativo, para responder al encargo social que se le plantea a la universidad en relación a la formación de enfermeras.

Este enfoque no se centra en el aprendizaje como meta, sino en la formación de personas con un claro proyecto ético de vida en el marco de interdependencia social, cultural y ambiental. Promueve la formación humana basada en competencias desde un enfoque holístico, contribuyendo con ello a su autorrealización y a satisfacer las demandas sociales y profesionales. La adopción del enfoque socioformativo demanda de cambios en el documento curricular y en la estructura mental del docente que planifica y conduce el proceso formativo.

El currículo en este enfoque es un proceso de acuerdo y negociación entre los requerimientos de la sociedad, de las instituciones educativas y de las personas con respecto a la formación integral y al aprendizaje de competencias en las diferentes áreas de actuación y que busca favorecer la autorrealización, la construcción del tejido social y el desarrollo económico.³⁰ A partir de estos planteamientos se propone organizar el currículo por ciclos propedéuticos, proyectos, prácticas y pasantías; esperando formar personas con un proyecto ético de vida sólido, emprendedor, creativo y con competencias, que respondan a las demandas sociales y personales.²⁹

Específicamente a nivel universitario, se deben desarrollar los proyectos formativos y las prácticas/pasantías de formación. Los primeros para poder desarrollar por lo menos una competencia que se espera muestre el egresado (aunque lo ideal es trabajar con proyectos formativos, se puede también por medio de asignaturas integradoras, talleres o módulos; o basarse en una combinación de estas. Lo importante es que se aborden problemas de la realidad); y las prácticas/pasantías son relevantes desde el inicio de cada ciclo con el fin de asegurar la formación integral y posibilitar las competencias del perfil del egresado. En este contexto, se espera que los estudiantes desarrollen las competencias previstas en el perfil de egreso. En definitiva, es preciso que la tarea docente se enfoque en identificar, interpretar, argumentar y resolver problemas del contexto, formando y poniendo en acción de forma articulada los diversos saberes, con reflexión, creatividad, análisis y en un ambiente de colaboración donde se vivan los valores.

Los aspectos revisados en este apartado guiaron el análisis de la realidad de la formación de la estudiante de enfermería para el cuidado familiar, dando lugar a la creación de un esquema conceptual referido a la

propuesta de la investigadora del proceso formativo que oriente el logro de competencias para el cuidado familiar de enfermería, basado en los planteamientos de Waldow y Chinn.

CAPÍTULO II

ENCONTRANDO EL CAMINO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de investigación

Dado los objetivos de la presente investigación y teniendo como referencia los presupuestos de Waldow y Chinn, este estudio se guio por el paradigma cualitativo que, a su vez, se fundamentó en los aspectos filosóficos de la hermenéutica y el paradigma de la complejidad,³¹ por el hecho de ser la formación educativa un proceso exclusivo de las personas que se caracteriza por construirse a sí mismo y por ser permanente. Requerimos de los principios de la hermenéutica para interpretar la razón, los sentimientos y la voluntad de los actores que intervienen en el proceso formativo, considerando a este en toda su complejidad, reconociendo las

interrelaciones y el dinamismo que se produce en el mismo proceso de formación de las enfermeras.

2.2. Abordaje metodológico

Para lograr la caracterización y comprensión del objeto de estudio: *el proceso formativo para el desarrollo de competencias en el cuidado familiar*, se aplicó como abordaje metodológico el *estudio de caso*, el mismo que permitió realizar, utilizando múltiples fuentes, un examen detallado del proceso formativo específico que tiene características únicas, dentro de un contexto real.³²

Este abordaje fue apropiado porque permitió investigar, de manera detallada y sistémica, a las personas involucradas y al escenario-contexto donde se desarrolló el objeto en estudio, analizando su naturaleza, historia, contexto económico, político, legal y estético en el que se desenvuelven los informantes dando lugar a la comprensión del proceso formativo para el cuidado familiar de las estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo (UNPRG). En este sentido, fue un estudio de caso único en la modalidad de situacional, porque investigó el objeto desde la perspectiva de sus protagonistas:³³ estudiantes y docentes enriqueciendo la información y facilitando su comprensión.

Esta trayectoria metodológica se desarrolló en tres fases, de acuerdo a lo planteado por Nisbet e Watt, citado por Lucke:³⁴

- *Fase exploratoria*, que se inició con la revisión de la literatura y con la observación empírica del proceso formativo para el cuidado familiar en esta Escuela. A partir de ello, se planteó el problema de investigación, objeto y objetivos, realizándose los contactos para introducirse en el campo y localizar a los informantes y otras fuentes secundarias de datos.

- *Fase de delimitación del estudio*, en esta fase se procedió a recolectar sistemáticamente la información, utilizando las técnicas (entrevista semiestructuradas y análisis documental) e instrumentos seleccionados, (guías de entrevista y ficha de análisis, que se detallan posteriormente) para describir, analizar y discutir el proceso formativo para el desarrollo de competencias del cuidado familiar.

- *Fase de análisis sistémico y elaboración del informe*, en esta fase se unió la información recolectada, a través de la entrevista a los docentes y estudiantes, con el análisis documental realizado al currículo 1999 (sílabos, guía de valoración familiar e instrumentos de evaluación de la práctica). Los datos recolectados con la entrevista fueron analizados con el Método de Asociación de Contenidos (MAC) de Setenta Porto *et al.*; asegurándose previamente la confirmabilidad de la información por parte de los participantes en la investigación. Posteriormente, se procedió a su discusión teniendo en cuenta la información recolectada con el análisis documental, el cuestionario sociodemográfico, el análisis contextual y el marco teórico.

Apoyándonos en esta información y de acuerdo a los planteamientos de Tobón y Waldow, se procedió a analizar y discutir el proceso formativo para el desarrollo de competencias para el cuidado familiar en enfermería y proponer el esquema conceptual que oriente el desarrollo de estas, bajo el enfoque del cuidado propuesto por Waldow y los planteamientos de Chinn, en relación a las “comunidades de cuidado”.

En coherencia con el abordaje metodológico elegido, la investigación, tuvo en cuenta los principios del estudio de caso planteados por Ludke:³⁴

- *Se dirigió al descubrimiento*, con la convicción de que el conocimiento no es algo acabado, sino que es una construcción que se hace y se rehace constantemente; se partió de algunos

presupuestos teóricos iniciales sobre el proceso formativo de las enfermeras para el cuidado familiar, manteniéndonos atentos a nuevos elementos que surgieron durante el estudio.

- *Se enfatizó la interpretación en el contexto* para una comprensión más completa del objeto; así se lograron entender los comportamientos y las interacciones de los informantes. Para dicho fin se aplicó un cuestionario sociodemográfico (Anexo 1 y 2), que permitió identificar los rasgos de los participantes; y, a su vez, se realizó una descripción minuciosa del contexto en el que se desarrolla el proceso de formación de las enfermeras: el escenario académico en el campus universitario y comunitario en el que se realizan las prácticas con la familia cuidada, se analizaron las condiciones sociales y políticas en las que esta desenvuelve.

- *Se buscó retratar la realidad en forma compleja y profunda*, por ello se procuró revelar la multiplicidad de dimensiones en el proceso formativo, enfocándolo como un todo en constante interrelación entre sus componentes. En este sentido, nos enfocamos en la dinámica de la formación: su planificación (evidenciada en documentos curriculares: sílabos, instrumentos de valoración de la familia y de evaluación de la estudiante) y ejecución de las actividades planificadas. Todo esto permitió explicar y comprender cómo esos elementos interactuaron para desarrollar competencias para el cuidado familiar.

- *Se usó una variedad de fuentes de información*, recurriéndose a una variedad de datos recolectados en diferentes momentos, en situaciones variadas y con una diversidad de informantes. Las fuentes utilizadas fueron tanto primarias (docentes y estudiantes) como secundarias (documento curricular, sílabos, guía de valoración de la familia, instrumento de evaluación de los

estudiantes). Con esa variedad de información se formaron las categorías que permitieron comprender el proceso formativo y proponer un esquema conceptual del mismo para desarrollar competencias para el cuidado familiar.

- *Se permitieron generalizaciones naturales*, por ello la investigadora relató detalladamente el procedimiento de recolección de datos, el procesamiento de la información, el análisis de los mismos y sus experiencias durante el estudio para que el lector pueda hacer sus generalizaciones naturales.
- *Procuró representar los diferentes y, a veces, conflictivos puntos de vista* presentes en el proceso formativo. La realidad puede ser vista por diferentes perspectivas, no hay una única que sea más verdadera que otra. Así fueron planteados los discursos tanto de profesores como de estudiantes y las intenciones plasmadas en los documentos curriculares, para que el lector también pueda llegar a sus propias conclusiones y decisiones.
- *Se utilizó un lenguaje y una forma accesible para presentar los resultados*, los relatos escritos se presentan utilizando un estilo narrativo, usando organizadores gráficos para mostrar la síntesis de los hallazgos para facilitar la trasmisión directa, clara y bien articulada del caso y en un estilo que se aproxime a la experiencia personal de los posibles lectores.

2.3. Sujetos de investigación

Como se trató de comprender la formación para el cuidado familiar los sujetos son los actores básicos que intervienen en este proceso, es decir, las estudiantes y docentes de la Escuela de Enfermería de la UNPRG.

- *Estudiantes del primero y el segundo ciclo académico*, porque solo con ellos se desarrollaron experiencias de aprendizaje referidos al cuidado familiar en las asignaturas de Enfermería Básica I y Enfermería Básica II. En el semestre académico 2012–I se matricularon en promedio 30 estudiantes por cada ciclo académico, por lo tanto, la población de estudiantes fue de 60.

Se usó la técnica de saturación estructural determinándose el tamaño de la muestra para obtener una representatividad tipológica en la selección de las personas entrevistadas.³³ En todo momento, las estudiantes seleccionadas fueron accesibles y estuvieron dispuestas a participar en el estudio. Se incluyeron a estudiantes matriculadas en el ciclo académico 2012-I en las asignaturas Enfermería Básica I y Enfermería Básica II, que asistieron regularmente a las sesiones de aprendizaje desarrolladas en los meses de setiembre a diciembre de 2012. Se trabajó con ellas porque tienen una percepción global del proceso formativo para el cuidado familiar.

La selección de los estudiantes se hizo en función a los propósitos del estudio teniendo en cuenta dos principios: la pertinencia (se eligió a las estudiantes que mejor y mayor información puedan generar sobre la investigación por su capacidad crítica) y adecuación (asegurándonos contar con los datos necesarios y suficientes para una comprensión lo más exhaustivamente posible del objeto de estudio).³³ En este sentido, la muestra quedó constituida por 12 estudiantes: siete cursaron el segundo ciclo; y cinco, el primer ciclo.

Las estudiantes que participaron en la investigación son solteras, nacidas la mayoría en los diferentes distritos de la región Lambayeque, por lo que se puede presumir que comparten algunos rasgos culturales. Con respecto al tipo de familia, según su constitución, ellas proviene de estructuras familiares monoparentales, nucleares, extensas; solo una estudiante vivió sola, en pensión, durante el ciclo académico 2012-II. La

mayoría profesa la religión católica y tres son adventistas o evangelistas, lo que posiblemente orienta su concepción de familia y del cuidado familiar.

El 92% de las participantes cuentan con Internet en casa, lo que les facilita el acceso a la información para elaborar los trabajos asignados; sin embargo, la mayoría reconocen que no acceden a revistas indexadas para obtener información referida a la familia. Asimismo, el horario de clases programado (en la mañana práctica hospitalaria o comunitaria y en la tarde clases de otras asignaturas) les deja poco tiempo para acudir a la Biblioteca Especializada de Enfermería, todo esto limita muchas veces la búsqueda bibliográfica para tomar decisiones con evidencia científica para el cuidado familiar.

Como el cuidado familiar que brinda la estudiante puede estar influenciado por las relaciones familiares que vivencia en su casa, se tuvieron en cuenta en las interrogaciones estos aspectos. Algunas de ellas refirieron que en casa hay conflictos familiares y consideran que tienen problemas para comunicarse entre los miembros de su familia; sin embargo a pesar de ello, la mayoría manifiesta que con la familia a la que cuidó, trataron de entablar una comunicación asertiva.

En la siguiente tabla se presentan los principales rasgos del perfil sociodemográfico de las estudiantes que participaron en la investigación:

Tabla 1. Rasgos del perfil sociodemográfico de la estudiante participante en la investigación

Seudónimos	Edad	Sexo	E. Civil	Procedencia	Miembros de la familia con la que vive	Cuenta computadora	Cuenta Internet	Religión	Fuentes Bibliográficas referidas a familia
Girasol	18	F	S	Chiclayo	Mamá	Sí	No	Católica	No
Dalia	19	F	S	blanco	Padres	Sí	Sí	Católica	No
Tulipán	19	F	S	Ferreñafe	Padres, hno. y sobrino	Sí	Sí	Católica	
Geranio	18	F	S	Chiclayo	Padres, hno., tíos y primos	Sí	Sí	Católica	No
Chavela	18	F	S	Chiclayo	Padres y hno.	Sí	Sí	Católica	No
Lirio	19	F	S	Tumán	Sola/pensión	Sí	Sí	Evangélica /Naz	No
Rosa	21	F	S	Chiclayo	Padres y hna.	Sí	Sí	Adventista	Sí
Azucena	21	F	S	Chiclayo	Papá y hnos.	Sí	Sí	Católica	A veces
Gladiolo	18	F	S	Cutervo	Padres, hnos.	Sí	No	Evangélica	No
Liz	18	F	S	Moyobamba	Padres, hnos.	Sí	Sí	Católica	No
Amapola	21	F	S	Chiclayo	Madre y hnos.	No	No	Católica	No
Margarita	18	F	S	Ferreñafe	Padres, hnos.	Sí	Sí	Católica	No

Fuente: Cuestionario sociodemográfico. Junio de 2013.

- *Docentes del primero y segundo ciclo académico* de las asignaturas básicas de la profesión que desarrollan sesiones teóricas y prácticas referidas al cuidado familiar: Enfermería Básica (I ciclo) y Enfermería Básica II (II ciclo). La población fue de cinco docentes, dos del primer ciclo y tres del segundo ciclo. Se trabajó con el 100% de los docentes que desarrollaron junto con las estudiantes las prácticas del cuidado enfermero dirigido a la familia, en el ciclo académico 2012-I.

La aplicación del cuestionario sociodemográfico permite afirmar que las docentes participantes son adultas maduras y adultas mayores; la mayoría son casadas y tienen hijos lo que revela que tienen experiencia directa con respecto a ser un miembro responsable de la familia. Todas ellas tienen un sustento religioso común al profesar la religión católica. Tres profesoras tienen más de 30 años de experiencia en la docencia, cuatro de ellas con experiencia en la formación para el cuidado familiar en promedio de seis años porque han sido encargadas de conducir estas prácticas, desarrolladas básicamente en la vivienda de la familia que accede a ser cuidada por el equipo de estudiantes.

Las docentes refieren haber tenido experiencia asistencial en el cuidado a la familia solo en el Servicio Civil de Graduando (SECIGRA) o en el Servicio Rural Urbano Marginal (SERUMS), lo que puede ser una dificultad para contribuir en la formación de competencias para el cuidado familiar. Todas las docentes tienen estudios de postgrado, dos tienen doctorado en Enfermería y tres tienen maestría en Docencia Universitaria, pero ninguna tiene estudios de postgrado específicos referidos al cuidado familiar, limitación que debe ser superada para contribuir con facilidad a la generación de competencias en las estudiantes para el cuidado familiar. La siguiente tabla presenta algunos rasgos del perfil del docente que participó en el estudio:

Tabla 2. Rasgos del perfil sociodemográfico del docente participante en la investigación

Seudónimo	Edad/Década	Sexo	Experiencia Hospitalaria/años	Experiencia Comunitaria/años	Formación en Familia	Experiencia Docente/años	Grado Académico	Estado civil	Religión	Inv. Fam.
Piscis	50	F	0	1	No	>30	Doctoranda /salud.	Casada	Cat.	No
Géminis	50	F	>30	1	No	16	Doctoranda/ Enfer.	Casada	Cat.	No
Aries	40	F	5	1	No	18	Maestro/ docencia	Casada	Cat.	No
Tauro	50	F	0	1	No	>30	Doctora /C. salud.	Casada	Cat.	No
Capric.	59	F	0	1	No	>30	Doctora/Enf.	Soltera	Cat.	Sí

Fuente: Cuestionario sociodemográfico. Mayo de 2013.

2.4. Escenario

La Facultad de Enfermería de la UNPRG, que inició sus actividades desde 1963, es la pionera en la formación de enfermeras del norte del país. Actualmente se aproxima a sus cincuenta años de creación y ha formado aproximadamente 2500 enfermeras. La formación de las primeras promociones fue guiada solo con un plan de estudios, posteriormente se elaboraron documentos curriculares (1976, 1983, 1985 y 1999) que

privilegiaban experiencias de aprendizaje predominantemente prácticas, sobre todo, en el nivel hospitalario, resaltando los aspectos curativos y de rehabilitación en desmedro de lo preventivo promocional.

Actualmente la formación se guía por el *Currículo 1999*, en el que se norma que la salud familiar debe incorporar las cinco primeras asignaturas de carácter básico de la profesión, ofreciéndose también una asignatura electiva en el octavo ciclo denominada *Enfermería en salud familiar y comunitaria*.⁴

Este currículo explicita la necesidad de incorporar experiencias de aprendizaje referidas a los campos de acción de la enfermera: asistencial (se han programado diez asignaturas disciplinares que abordan aspectos referidos a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, y rehabilitación de las enfermedades prevalentes de la región, según ciclo vital), investigación (con dos asignaturas instrumentales de la investigación y dos seminarios de investigación en el que se realiza el proyecto, la ejecución y el informe de la investigación), docencia (desarrollando experiencias referidas a la formación de profesionales de la salud y a la formación continua); y administración (se programan experiencias para la administración de los servicios de salud y de enfermería).⁴

De acuerdo a este documento curricular, en los cinco primeros ciclos se debe abordar el cuidado a la familia, programándose experiencias de aprendizaje para que el estudiante se ponga en contacto con la familia. Sin embargo, la revisión de los sílabos de las cinco asignaturas básicas de la profesión permitieron afirmar que solo en las asignaturas de Enfermería Básica I y Enfermería Básica II se han programado experiencias referidas al cuidado familiar, información que fue corroborada por las docentes de las otras tres asignaturas básicas de la profesión (*Enfermería en salud del adulto y anciano I*, *Enfermería en salud del adulto y anciano II*, y

Enfermería materno perinatal) al manifestar que en la práctica comunitaria no abordaban el cuidado familiar.

La gran debilidad de esta propuesta curricular es que a pesar de que un eje integrador es la salud familiar y comunitaria, en las sumillas no se han explicitado con claridad los aspectos que deben ser abordados en cada asignatura. Solo en las asignaturas del primer año de formación (Enfermería Básica I y Enfermería Básica II) se han programado contenidos y experiencias prácticas del cuidado familiar. El escenario donde se realiza el proceso formativo para generar competencias para el cuidado familiar es la Facultad de Enfermería de la UNPRG y es en las propias viviendas de las familias donde se realizan las prácticas referidas al cuidado familiar, las mismas que están ubicadas en zonas urbano marginales del distrito de Lambayeque (el asentamiento humano Las Dunas y 18 de Octubre).

En las aulas de la Facultad de Enfermería se desarrollan los contenidos teóricos a través de diversas metodologías: conferencias, estudio de caso, discusión, debate, entre otras. Sin embargo, hay limitaciones en relación al acceso de información, ya que la Biblioteca Especializada cuenta con material bibliográfico mínimo referido al cuidado familiar y no está interconectado con bibliotecas virtuales y aunque las estudiantes tienen acceso al Centro de Cómputo, por ser pequeño (25 computadoras), muchas veces no puede obtener información por este medio.

Las actividades prácticas se desarrollan en zonas urbano marginales de la provincia de Lambayeque por la facilidad en su acceso, se realizan generalmente tres veces a la semana, en promedio en 6 semanas. El horario en la que se ejecutan las visitas domiciliarias varía de acuerdo a la disponibilidad de las familias, generalmente se da entre las 9:00 a.m. hasta las 11:00 a.m. Por ello, se aprovechan las primeras y últimas horas de la mañana para discutir y reflexionar sobre las intervenciones realizadas y

sus efectos lo que permite consolidar información y generar conocimientos. Las familias por lo general son muy colaboradoras, pero también hay otras que no desean participar en el trabajo con las estudiantes, aduciendo falta de tiempo. Las condiciones de las viviendas son variadas, algunas tienen agua, desagüe y luz eléctrica, pero otras carecen de saneamiento básico y su infraestructura es precaria.

2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se usaron las siguientes técnicas e instrumentos de recolección de datos:

- *Entrevista semiestructurada a profundidad*, técnica que hace referencia a una conversación entre dos personas, dirigida y registrada (grabada y transcrita), con el propósito de favorecer la producción de un discurso continuo y con una cierta línea argumental (es decir, no fragmentado y no precodificado) sobre el objeto de estudio.³⁶ La información generada en este tipo de entrevista es una creación conjunta entre el entrevistado y el entrevistador, por tal razón se dispuso de un guion de cuatro preguntas, derivadas cada una de ellas de los objetivos formulados para la investigación, así incrementamos la fiabilidad y validez de la información generada.

Esta técnica fue la principal en el proceso de recolección de datos y se aplicó a docentes y estudiantes, para así obtener información desde la mirada de los sujetos clave de dicho proceso. Se aplicaron las guías de entrevista, una para el docente (Anexo 3) y otra para el estudiante (Anexo 4), las mismas que contenían preguntas orientadoras básicas sobre el proceso formativo referidas al cuidado familiar, de estas preguntas-guía surgieron otras que también fueron abordadas.

- *El análisis documental*, técnica complementaria usada. Entre los documentos analizados tenemos: el documento curricular 1999 (Anexo 5);

los sílabos de las asignaturas (Anexo 6): Enfermería básica I, Enfermería básica II, Enfermería en salud del adulto y anciano I, Enfermería en salud del adulto y anciano II y Materno perinatal; la guía de valoración familiar; y el instrumento de evaluación del estudiante. Esto con el objetivo de caracterizar la planificación del proceso formativo relacionado con el cuidado de la familia.

Esta técnica permitió seleccionar ideas informativamente relevantes de los documentos antes citados, a fin de expresar su contenido sin ambigüedades. Este análisis se orientó a facilitar la cognición sobre la planificación del proceso formativo referido al cuidado de la familia. Para ello, se realizaron los cuatro pasos mencionados por Peña y Pirella:³⁷ *observación documental, presentación resumida, resumen analítico y análisis crítico*. Se aplicó la hoja de codificación elaborada por la investigadora, que contenía las categorías empíricas a analizar referidas al currículo y sílabos.

- *El cuestionario sociodemográfico*, que permitió identificar los rasgos de las estudiantes (Anexo 1) y las docentes (Anexo 2) que participaron en el estudio. Los datos se enriquecieron al entrelazarlos con el contexto.

2.6. Procedimiento de recolección de datos

Para recolectar la información se siguieron los siguientes pasos, que aseguraron la científicidad y el respeto a los principios éticos:

Se solicitó permiso para ejecutar la investigación a la decana de la Facultad de Enfermería, a través de un oficio. La respuesta fue positiva, se dieron todas las facilidades para que se ejecute el estudio; específicamente se autorizó la revisión de los documentos requeridos: *Currículo 1999*, sílabos de las asignaturas básicas de la profesión del primer al quinto ciclo, entre otros documentos que ayudaron a la construcción del contexto.

En seguida se realizó el análisis documental del *Currículo 1999* y de los sílabos de las asignaturas básicas de la profesión del primer al quinto ciclo: Enfermería básica I, Enfermería básica II, Enfermería en salud del adulto y anciano I, Enfermería en salud del adulto y anciano II, y Enfermería materno perinatal, se eligieron estas asignaturas porque el documento curricular vigente explicitaba que solo estas contenían temas referidos al cuidado familiar. Asimismo se revisó la *Guía de valoración de la familia* y el *Formato para evaluar la práctica de la estudiante*, por medio de las guías de análisis documental elaboradas para tal fin.

El análisis silábico permitió identificar a las asignaturas que tenían explicitadas experiencias de aprendizaje referidas al cuidado familiar: Enfermería básica I y Enfermería básica II. Pese a que las otras tres asignaturas (Enfermería en salud del adulto y anciano I, Enfermería en salud del adulto y anciano II, y Enfermería materno perinatal) no planificaron en el sílabo aspectos referidos al cuidado familiar, se indagó con las docentes que realizaban prácticas en comunidad sobre si abordan el cuidado familiar, al respecto manifestaron que realizaban visitas domiciliarias para trabajar con el miembro de la familia (adulto mayor, adolescente, niño, gestante) que se constituye en foco de su atención de la asignatura, pero no llegan a brindarles cuidado familiar. Ante esta situación, se decidió trabajar solo con las asignaturas básicas de la profesión de los dos primeros ciclos, por ser las que efectivamente desarrollaron experiencias referidas al cuidado familiar.

El siguiente paso fue revisar las guías de entrevista semiestructurada, las mismas que debían tener en cuenta el objeto de investigación y el marco teórico. Se aplicaron estos instrumentos a una muestra piloto de dos docentes y dos estudiantes para asegurar la validez y adecuación de los instrumentos. Posteriormente, se entrevistó a las docentes, aunque previamente se les informó los objetivos del estudio y las técnicas e instrumentos de recolección de datos a utilizar, asegurándoles el

anonimato y la confidencialidad de la información obtenida. Se pactó con cada una de las docentes, el día, hora y lugar de la entrevista, la mayoría se desarrollaron en el domicilio de cada docente (en algunas oportunidades fue necesario hacer más de dos contactos para pactar la cita). Para mantener el anonimato, en resguardo del principio ético, se utilizaron como seudónimo los nombres del zodiaco. Las entrevistas duraron un promedio de 45 minutos. Después de su transcripción se le proporcionó a la docente para la revisión, corrección o ampliación de la información, asegurando con ello, el criterio de credibilidad y confirmabilidad de los datos obtenidos a través de la entrevista.

Para su debida participación en el estudio, un aspecto importante fue solicitar a la estudiante que actualmente cursa el segundo y tercer ciclo, el consentimiento informado. Posteriormente se desarrolló la entrevista semiestructurada y el cuestionario sociodemográfico. Este proceso se realizó en la biblioteca o sala de docentes de la Facultad de Enfermería por ser ambientes propicios para la entrevista que duró aproximadamente 30 minutos. Para mantener el anonimato se usó como seudónimo el nombre de flores y después que se realizó la transcripción de la entrevista se le dio el documento para su confirmabilidad y en resguardo de la credibilidad. Después de la transcripción de las entrevistas de docentes y estudiantes se procedió al análisis utilizando el *Método de Asociación de Contenido* (MAC), planteado por Setenta Porto *et al.* Enseguida presentamos el procedimiento de la recolección de datos:

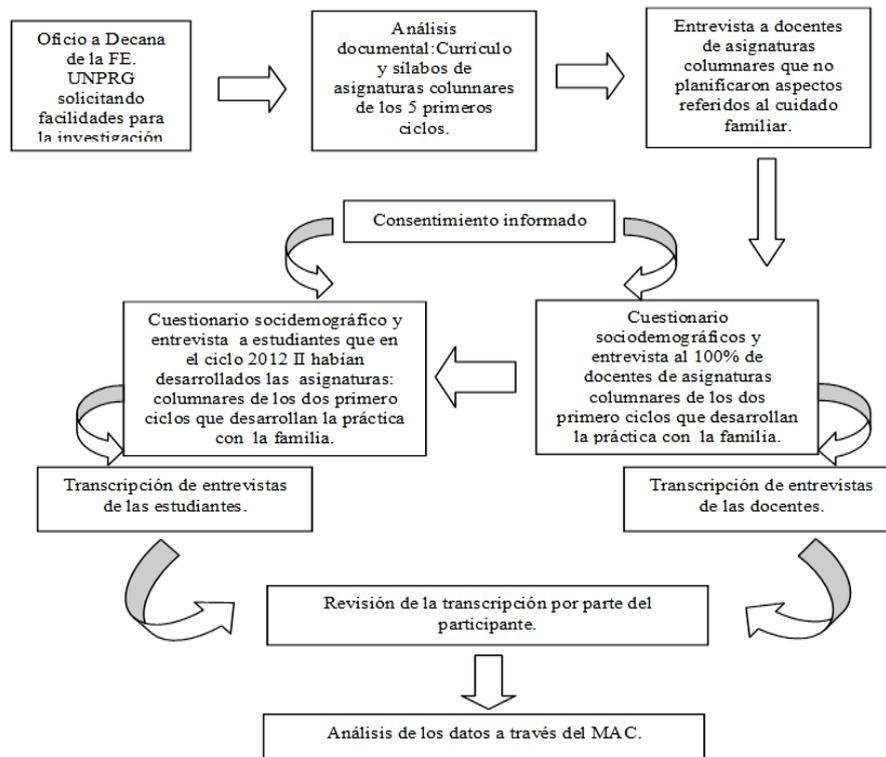


Figura 1: Procedimiento para la recolección de datos

2.7. Procesamiento de los datos

Para el tratamiento de los datos recogidos en las entrevistas a estudiantes y profesores se utilizó el MAC, creado en el 2003 para el tratamiento y análisis de datos textuales de investigaciones en enfermería con abordaje cualitativo, su importancia radica por el hecho de aumentar la confianza, consistencia y confiabilidad de los resultados.³⁸

Setenta Porto *et al.*³⁸ señalan que este análisis procura extraer las relaciones encontradas entre los elementos del discurso, buscando la presencia de dos o más elementos de significado en un fragmento del mensaje para encontrar las relaciones de asociación, por ello, la frecuencia de co-ocurrencia de elementos de significado dentro de un fragmento es

tomada como indicador de sentidos asociativos. Este método, que utiliza indicadores cuantitativos y cualitativos, permite la reducción de la complejidad del discurso analizado, debido al recuento de unidades de texto y a una clasificación sistemática plasmada en una matriz que permite visualizar el elemento polo y sus asociaciones, lo que da lugar a las categorías que develan el objeto de investigación.

Para analizar los datos obtenidos de las entrevistas, se modificó ligeramente este método al desarrollar solo cuatro pasos de los cinco planteados. Cada uno de ellos se describe a continuación:

1. *Lectura y recorte del texto* (identificación de fragmentos en el mensaje): en esta etapa, la unidad del cuerpo de datos obtenidos de las entrevistas fueron leídos minuciosamente para identificar el inicio y el fin de cada recorte/fragmento obtenido de la base textual. Los fragmentos que variaron de tamaño, desde una frase hasta un párrafo entero, fueron identificados con números romanos crecientes.
3. *Identificación de los elementos presentes en la base textual y su codificación en temas*: se procedió a la búsqueda de los elementos existentes en cada texto, por ello, los fragmentos fueron leídos atentamente para identificar los temas en ellos expresados a través de palabras claves o expresiones significativas. Un tema es una afirmación, una idea o una unidad de significación que se libera naturalmente del texto y puede ser identificado más inmediatamente durante la lectura de los fragmentos. Los temas encontrados fueron registrados en orden numérico arábigo creciente para su codificación, y composición de una lista de temas, que fue empleada en todo el cuerpo del documento. Esta etapa fue un proceso muy exhaustivo sometido a dos codificadores, para obtener la certeza de que todos los elementos encontrados en todos los fragmentos del cuerpo del documento están señalados. Los elementos que emergieron se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 3. Elementos de significado identificados en la base textual

Nº	ELEMENTOS DE SIGNIFICADO
1	Proceso enfermero
2	Estrategias para el cuidado familiar
3	Práctica con la familia
4	Sujeto del cuidado: persona/familia.
5	Competencias para el cuidado familiar
6	Sujeto de la formación
7	Instrumentos de evaluación de las competencias.
8	Docente
9	Contexto para el cuidado familiar.
10	Plan curricular.

Fuente: Procedimiento MAC – elaborado por la investigadora

3. *Montaje del Mapa de las asociaciones de contenido*: esta etapa es esencial para la identificación de las asociaciones de contenidos entre fragmentos de la entrevista. Para ello, se elaboró un cuadro de doble entrada, en la columna del lado izquierdo se ubicaron los algoritmos romanos crecientes relativos a los fragmentos, y una lista horizontal superior y numerada con algoritmos arábigos crecientes, que se refiere a los elementos encontrados en los fragmentos de las entrevistas. Cada vez que un elemento fue encontrado en los fragmentos fue señalado en el mapa con la señal “+”, lo que hizo posible la determinación de las frecuencias simples de los elementos. A partir de la elaboración del mapa, se destacan las asociaciones de contenidos entre dos o más elementos, presentes en dos o más fragmentos de la base textual.

A continuación presentamos a manera de ejemplo, el cuadro de doble entrada de la entrevista realizada a la participante “gladiolo”:

Tabla 4: Mapa de asociación de contenidos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Elementos											
Fragmentos											
I	+	+	+	+			+				
II				+	+	+					
III	+	+		+	+	+	+				
IV	+	+	+	+				+			
V	+	+		+					+		
VI	+	+	+	+	+	+					
VII			+	+							
VIII						+	+		+		
IX			+	+			+				
X				+		+	+				
TOTAL	5	5	5	9	3	5	6	0	3	0	0

Fuente: Procedimiento MAC – elaborado por la investigadora

4. *Identificación del elemento polo:* en esta etapa fue necesario establecer un marco fundamental denominado “núcleo de asociación de ideas” o “elemento polo” que es aquel cuya frecuencia fue mayor en las asociaciones encontradas. Para encontrar el elemento polo de cada entrevista, las frecuencias de los elementos encontrados en las asociaciones fueron calculadas elaborándose otro cuadro también de doble entrada, encontrando dos tipos de números: en la línea superior horizontal quedan los números atribuidos a los elementos de significado encontrados en las asociaciones, y en la columna vertical a la izquierda son presentados la frecuencia de las asociaciones.

A continuación se presenta la tabla que muestra la asociación de los elementos identificados en la base textual de la entrevista a la participante “gladiolo”:

Tabla 5. Frecuencia de asociaciones de elementos de significado

Frecuencia de Asociaciones.	Elementos			
1 asociación	1	2	3	7
2 asociación	1	2	4	7
2 asociaciones	1	2	3	4
2 asociaciones	6	7		
2 asociaciones	3	4	7	
2 asociaciones	4	5		
3 asociaciones	4	5	6	
4 asociaciones	4	7		
4 asociaciones	1	2	4	
4 asociaciones	3	4		

Fuente: Procedimiento MAC – elaborado por la investigadora

Finalizada esta etapa, enseguida se dio pase a la construcción de categorías empíricas que se describen a continuación:

Construcción de categorías empíricas: para identificar los elementos de significado que configuran la categoría, se determinó la frecuencia simple de cada elemento de significado, sumando las veces que aparecieron en los 17 mapas de asociación de contenido; luego se calculó la frecuencia de asociaciones sumándose las veces que aparecieron cada elemento de significado asociado con otros elementos de significado, utilizando para ello, la frecuencia de asociaciones de elementos de significado, establecidas en la etapa cuatro del MAC.

Para seleccionar los elementos que componen la categoría, se procedió de la siguiente manera:

- a) Se identificó el valor máximo y el valor mínimo de las frecuencias simples y la frecuencia de asociaciones, quedando establecido lo siguiente: para la frecuencia simple, el valor máximo fue de 236 y el mínimo de 9, y para la frecuencia de asociaciones, el valor máximo fue de 446 y el mínimo de 1.

- b) Se calculó el tercio superior de cada frecuencia: para la frecuencia simple, el tercio se determinó en 79 y para la frecuencia de asociaciones el tercio fue de 149. Para no perder elementos de significado de suma importancia se consideró un rango de +/- 38 al valor del tercio superior de ambas frecuencias, es decir, el valor quedó determinado en 41 y 111 para la frecuencia simple y la frecuencia de asociación, respectivamente.
- c) Los valores de las frecuencias simples mayores o iguales a 41 y de la frecuencia de asociaciones mayores o iguales a 111, permitieron seleccionar a los elementos que componen las categorías empíricas: proceso enfermero, estrategias para el cuidado familiar, prácticas con la familia, sujeto del cuidado, competencias para el cuidado familiar y sujeto de formación.

El resultado del proceso antes descrito se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 6. Frecuencias simples y de asociaciones de los elementos de significado

N°	Elemento de significado	Frecuencia simple	Frecuencia/asociación	Elementos de la categoría
1	Proceso enfermero	125	185	X
2	Estrategias para el cuidado familiar	236	345	X
4	Práctica con la familia	198	439	X
5	Sujeto del cuidado	79	112	X
6	Competencias para el cuidado familiar	108	183	X
7	Sujeto de la formación	195	446	X
8	Instrumentos de evaluación de competencias	9	1	
9	Docente	44	39	
10	Contexto para el cuidado familiar	48	42	
11	Plan curricular	24	27	

Fuente: Procedimiento MAC – elaborado por la investigadora

Los elementos de significado seleccionado fueron ubicados en dos grandes categorías empíricas que se presentan en el siguiente capítulo.

2.8. Principios éticos

Se tuvo en cuenta dos principios de la bioética personalista planteada por Sgreccia:³⁹

- *El principio de libertad y responsabilidad*, por ello, se le dio a conocer detalladamente los objetivos del estudio y las técnicas de recolección de datos, así como su derecho a la confidencialidad de la información (Anexo 7) de esta manera los participantes decidieron libremente participar en el estudio, por otro lado, velando por la responsabilidad de la investigadora se aplicaron estrategias que aseguraron la consistencia de la investigación.

- *El principio de sociabilidad y subsidiaridad*, a través de esta investigación se propuso un esquema conceptual que se espera guíe la formación de enfermeras para que muestren competencias para el cuidado de la familia, realzando el rol de cada uno de los integrantes de la misma en la preservación de su salud y la de los demás, fomentando el bien común, que será socializado en las diversas escuelas de enfermería de la Región.

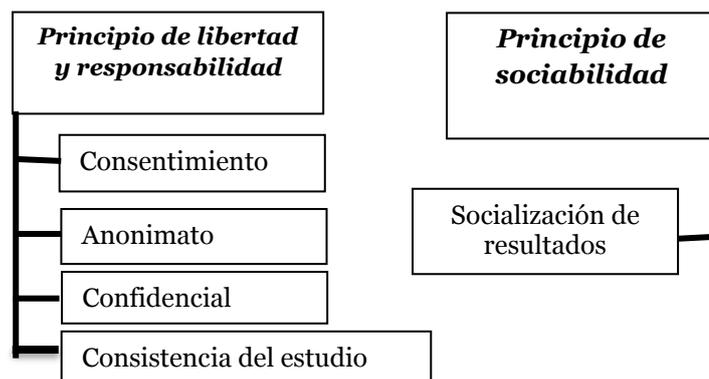


Figura 2. Principios éticos aplicados en el estudio

2.9. Criterios de rigor científico

Para el abordaje cualitativo se aplicaron los criterios propuestos en 1989 por Guba.⁴⁰

- *Credibilidad*: nos aseguramos que los hallazgos fueran reconocidos por los participantes, a través de las siguientes estrategias: se realizó varios contactos con los participantes generándose empatía, se utilizaron variadas fuentes para obtener la información, se realizó la transcripción inmediata de la información y se procedió a realizar la revisión por parte de los informantes y la profundización de las respuestas de los participantes cuando fue necesario.

- *Neutralidad/Confirmabilidad*: se utilizaron métodos de recolección que se complementaron para verificar determinados elementos que se mostraron como estables en diferentes contextos, asimismo se realizó una descripción minuciosa del escenario y se aplicaron diversas técnicas para obtener la información.

- *Transferibilidad/Aplicabilidad*: para tener la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones, se realizó una descripción minuciosa del escenario y de las características de los informantes y se usó un lenguaje claro, sencillo y preciso.

- *Consistencia*: es un criterio de dependencia que abarca la estabilidad de los datos y la rastreabilidad de estos, por lo tanto, se describieron minuciosamente las características del contexto en el que se desenvuelven y los pasos para recolectar la información; se realizó la verificación con los participantes y el procesamiento de los datos obtenidos por la entrevista a través del MAC.



Figura3. Estrategias aplicadas para asegurar el rigor científico del estudio

CAPÍTULO III

EL PROCESO FORMATIVO EN EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS PARA EL CUIDADO FAMILIAR

Luego de la etapa de recolección y tratamiento de los datos, llegamos finalmente al capítulo formal de análisis, interpretación y discusión; decimos el momento “formal” porque en la investigación cualitativa el análisis de datos está presente desde la primera etapa de la investigación, pasando por la recolección de los datos propiamente dicha, hasta el momento final del cierre del informe.⁴¹

Nos corresponde en este momento tomar una serie de decisiones coherentes con la revisión de la literatura y los hallazgos; en tal sentido, planteamos ampliar el conocimiento descrito en el capítulo de marco teórico respecto al proceso formativo para el desarrollo de competencias para el cuidado familiar, ahora transferido a nuestro objeto de investigación a través de la interpretación del grupo de datos recolectados.

Para ello, seguimos apoyándonos en los planteamientos de Waldow²¹ y de Tobón.²⁹ El primero referido a la formación para el cuidado y el segundo, al enfoque socioformativo. Ambas posturas se centran en la necesidad de adoptar un paradigma humanizador en la formación, donde predomine la visión de la persona como un “ser” que sigue una dinámica de cambio y su realización continua.

Asumir los planteamientos de Waldow exige no solo basar y orientar la formación del estudiante en modelos o teorías del cuidado, sino también, modificar las actitudes y posturas docentes armonizando su filosofía de formación con su filosofía de vida, para crear un ambiente de cuidado aplicando estrategias metodológicas que enseñen a cuidar cuidando.²¹ Por su parte Tobón, en la misma línea del pensamiento de Waldow, plantea centrar la formación en el proyecto ético de vida en el marco de interdependencia social, cultural y ambiental, promoviendo la formación con enfoque holístico basado en competencias que contribuyan a la autorrealización y a la satisfacción de las demandas sociales y profesionales.²⁹

Ambos enfoques son muy importantes y se complementan en la formación de enfermeras porque permiten desarrollar competencias para actuar con idoneidad en diversos contextos, tomando como base la construcción del proyecto ético de vida, el aprender a emprender y la vivencia cultural; y considerando las dinámicas sociales y económicas como aspectos esenciales que la sociedad actual demanda en las enfermeras.

Consideramos importante resaltar que este trabajo aplicó para el tratamiento de los datos el Método de Asociación de Contenidos (MAC), permitiendo identificar los elementos de significado que finalmente dieron lugar a dos grandes categorías, cuya discusión se fortaleció con los datos obtenidos por el análisis documental y que corresponden al contexto del objeto de estudio, de igual forma el análisis se vio enriquecido por los

datos del perfil de los informantes que ayudaron a una mejor comprensión del objeto de estudio. Enseguida presentamos el análisis conjunto de estos datos a través de las categorías que emergieron.

3.1. PRIMERA CATEGORÍA: EL PROCESO CURRICULAR PARA EL CUIDADO FAMILIAR

En la formación profesional son varios los componentes elementales, pero el currículo se constituye, sin duda, en el fundamental porque en él se establecen los lineamientos y estrategias que direccionan las experiencias de aprendizaje. Los docentes, como mediadores de ese aprendizaje, seleccionan y desarrollan estrategias de enseñanza-aprendizaje y evaluación para el cuidado familiar; y los estudiantes son los actores centrales de este proceso curricular.

Esta primera categoría surgió del tratamiento de datos basado en el Método de Asociación de Contenidos, cuyo procedimiento exige elaborar una tabla de doble entrada donde se ubican los elementos de significado para las entrevistadas y que da origen a la categoría. A continuación presentamos la *Tabla 7* que describe tales elementos:

Tabla 7. Elementos de significado que originan la primera categoría

Elementos de significado	Frecuencia Simple	Frecuencia Asociada
Estrategias para el cuidado familiar	144	216
Práctica con la familia	198	439
Sujeto del cuidado: persona/familia	79	112
Proceso enfermero	125	185
Bases teóricas de la familia	92	129
TOTAL	638	1081

Fuente: Procedimiento MAC – elaborado por la investigadora

Como fue explicado en el apartado de la metodología, la frecuencia simple de los elementos significativos hace referencia al número de veces que cada elemento apareció individualmente en las 17 entrevistas. En este caso el valor corresponde a 638. La frecuencia asociada indica el número de veces que los elementos “estrategias para el cuidado familiar”, “práctica con la familia”, “sujeto del cuidado: persona/familia”, “proceso enfermero” y “bases teóricas de la familia” aparecieron asociados a otros elementos significativos, en esta investigación el valor corresponde a 1081. De acuerdo a Setenta Porto *et al.*³⁸, esta última frecuencia es muy relevante ya que le asigna un peso confiable a la categoría, toda vez que indica que la emergencia de esta es el resultado de la asociación de ideas o relaciones de temas significativos para las entrevistadas, desde la referencia del objeto de investigación.

Al analizar la naturaleza de los elementos de significado que emergieron, creemos conveniente dividirlo en tres subcategorías para un mejor análisis, estas son: *La integración como eje transversal para el desarrollo de competencias en el cuidado familiar, el rol docente y la generación del ambiente de cuidado en el proceso formativo, y el proceso del cuidado para el desarrollo de competencias en el cuidado familiar.*

En seguida iniciamos el análisis con la primera subcategoría.

3.1.1. Subcategoría: La integración como eje transversal para el desarrollo de competencias en el cuidado familiar

Teniendo en cuenta que un requerimiento de la sociedad es el cuidado familiar en un contexto dinámico, las escuelas de enfermería están obligadas a bosquejar su plan curricular para responder a esta necesidad. Esto requiere que los docentes adecuen su paradigma de formación biomédico recuperativo a otro humanista que promueva y empodere a la persona para el cuidado de su salud. Apoyándose en un currículo que priorice la interpretación y reflexión filosófica del ser, (en el proceso

formativo, corresponde al docente y al estudiante), la generación de un ambiente de cuidado y las estrategias metodológicas de enseñanza y evaluación que permitan que el estudiante aprenda a cuidar a través del cuidado que vivencia en los escenarios educativos.

Teniendo en cuenta este planteamiento realizamos el análisis, observando que en nuestro escenario de estudio, el currículo vigente data del año 1999 y plantea prioritariamente competencias para el cuidado individual y colectivo, explicitando la necesidad de estimular y orientar a la familia para identificar y solucionar sus problemas de salud. Asimismo, señala las actitudes que debe poseer la enfermera como: responsabilidad, humildad, sensibilidad, confianza, conservación del ecosistema y habilidades en el procesamiento de la información, que son aspectos requeridos para el cuidado.

El plan de estudio está organizado en asignaturas generales, básicas y especializadas de la profesión. Algunas asignaturas generales como Sociología, Psicología y Realidad nacional pretenden contribuir a la comprensión de la dinámica y el contexto de la familia, y la otra, como Metodología del Trabajo Intelectual Universitario, ayuda a la gestión de la información con el objetivo de que sus decisiones se fundamenten en bases científicas. En las asignaturas básicas de la profesión del primer al quinto ciclo, se programan contenidos específicos para el cuidado familiar y en el octavo ciclo se ofrece una asignatura electiva denominada *Enfermería en salud familiar y comunitaria*, así lo manifiestan los docentes:

Me parece que las fortalezas del currículo para el cuidado son: las asignaturas que sirven de sustento para el cuidado familiar, como son: Realidad nacional, Sociología, Psicología para comprender la dinámica familiar y también las mismas asignaturas columna es que deben integrar los aspectos referidos al cuidado familiar, (...) también hay una asignatura electiva denominada salud familiar y comunitaria. (Docente- Aries).

En este documento curricular se establece que la *salud comunitaria* se constituya en un eje transversal para trabajar con las familias que

habitan en zonas urbano marginales o rurales y que presentan enfermedades, en ese sentido es que determina la necesidad de desarrollar actividades de proyección social. Además, explicita los temas que deben abordar las asignaturas básicas de los primeros cinco ciclo;⁴ se observa escasez de experiencias de aprendizaje referidas al cuidado familiar, revelándose la relativa importancia que se otorga al mismo, y la prevalencia del enfoque biomédico recuperativo en el proceso formativo. Esta información fue corroborada cuando se realizó el análisis documental, que se especifica en la Tabla 8.

Tabla 8. Relación de número de temas referidos al cuidado familiar con los temas asignados en asignaturas básicas de la profesión en el Currículo 1999.

AÑO/ CICLO	ASIGNATURA	CONTENIDOS REFERIDOS AL CUIDADO FAMILIAR	RELACIÓN N.º DE TEMAS /TEMAS TOTAL
1.er AÑO I ciclo II ciclo	Enfermería Básica I Enfermería Básica II	Técnicas de atención de Enfermería a la familia y comunidad.	1 tema de 41 temas programados
2.º AÑO III ciclo IV ciclo	Enfermería en salud del adulto y anciano I Enfermería en salud del adulto y anciano II	Atención a familias en crisis vitales y situacionales.	1 tema de 44 temas programados.
3.er AÑO V ciclo	Enfermería materno infantil	Rol de la mujer en la familia y sociedad. Salud mental familiar.	2 tema de 38 temas programados.

Fuente: Documento curricular 1999. Facultad de Enfermería, UNPRG

Los temas planteados en el documento curricular que deben ser abordados en las asignaturas básicas de la profesión varían entre 38 a 44 (en cada año se desarrollan dos ciclos), notándose que al cuidado familiar solo se le asignan entre uno a dos temas; esta situación se agudiza porque en el análisis de los sílabos de las asignaturas básicas de la profesión se determinó que no se planifican los aspectos que se explicitaron en el

currículo, solo en las asignaturas del primer año (Enfermería básica I y Enfermería básica II) se abordan el cuidado familiar al tratar temas referidos a la familia, funciones, tipos, factores de riesgo, genograma, visita domiciliaria, proceso de cuidado a la familia, y el Modelo Integral de Salud basado en Familia y Comunidad propuesto por el MINSA. En las demás asignaturas se trabaja la práctica en la vivienda, pero para abordar el cuidado específico de la persona en el contexto familiar, de acuerdo al objeto de estudio de la asignatura, así lo confirma el siguiente discurso:

Me parece que no se está integrando el cuidado familiar de manera transversal, (...) En una oportunidad las docentes contaban cómo trabajaban en las asignaturas del tercer al octavo ciclo y no consideraban a la familia como un todo. El contacto con la familia es para abordar un problema específico de uno de los integrantes de la misma, por decir, si trabajaban con el adulto mayor, la familia era involucrada para que apoye en la identificación y resolución del problema de salud del miembro familiar enfermo, y así también se da cuando se trabaja con la gestante, el niño y el adolescente... (Docente- Aries)

Este testimonio y la revisión de los sílabos de las otras tres asignaturas básicas de la profesión, donde se establece que deberían abordar el cuidado familiar (Enfermería en salud el adulto y anciano I, Enfermería en salud el adulto y anciano II, y Salud materno perinatal) revelan que la salud comunitaria que involucra el cuidado familiar no es eje transversal en la formación, por lo tanto, no se garantiza el desarrollo de competencias para el cuidado familiar.

Por otro lado, el análisis de los sílabos de las asignaturas de Enfermería básica I y II, que abordan el cuidado familiar, permitió identificar, además, que la primera asignatura no tiene explicitada las competencias específicas para el cuidado familiar, y la segunda plantea que la estudiante –aplicando el proceso enfermero– promueve el bienestar de la persona y familia, precisando también elementos de competencia referidos a empatía, respeto, responsabilidad y compromiso. Adicionalmente, se aprecia en el análisis que la estudiante programa el cuidado a la familia, orientada en las políticas del Modelo de Atención

Integral de Salud y por el respeto al medio ambiente, utilizando como estrategia la visita domiciliaria. Pero el número de horas destinado en promedio a las experiencias de aprendizaje teórico práctico (54 horas en Enfermería básica I y 147 horas en Enfermería básica II) posiblemente origina que la estudiante encuentre la experiencia curricular desarrollada en la segunda asignatura como más gratificante, al menos así lo expresa el siguiente discurso:

Obviamente del primer ciclo al segundo hay grandes diferencias y sí, en el segundo ciclo hay más cosas que en el primero... la experiencia fue mayor que en el primer ciclo. (Estudiante- Chávela).

La comparación hecha por la estudiante en cuanto a las experiencias desarrolladas –otorgándole mayor significado a la más prolongada, probablemente porque tuvo la oportunidad de compartir y cuidar mayor tiempo a la familia– revela la importancia de ampliar la experiencia en el cuidado familiar, porque contribuye al fortalecimiento de las competencias genéricas y específicas del estudiante, como se verá en la siguiente categoría.

Este análisis de los niveles de concreción de la planificación curricular nos permite afirmar que en el escenario estudiado son escasos los contenidos específicos y las competencias para el cuidado familiar, tanto a nivel curricular como silábico. Resultados similares encontró la investigación de Balinsk,¹⁷ quien concluyó mencionando que los contenidos para el cuidado familiar que se están desarrollando no son suficientes en relación a horas teóricas y prácticas y no se evidencia una consistencia reflexiva y crítica de los mismos.

De acuerdo con los datos analizados, también se identifica la débil integración entre los requerimientos sociales²⁹ (con respecto a contar con enfermeras competentes para el cuidado familiar), los de esta escuela de enfermería (enfermeras competentes para el cuidado individual recuperativo, por el énfasis en los contenidos programados en el

currículo); y los requerimientos de los estudiantes (no se toman en cuenta las aspiraciones del estudiante, el currículo y sílabos rígidos elaborados sin la contribución de la estudiante), observándose que en los sílabos no consideran espacios para socializar las necesidades y problemas específicos de la familia cuidada.

Esta problemática se debe a muchos factores, destacamos los siguientes: documento curricular que data de 1999, época en que la dinámica y estructura familiar no era reconocida como fundamental para el bienestar de la persona; a esto se añade que fue un documento elaborado por docentes formadas bajo la influencia del paradigma biologista recuperativo, con escasa experiencia en el cuidado familiar; se aprecia que la temática referida a la familia es escasa y se observa una falta de precisión en los criterios, evidencias y niveles de dominio de las competencias para el cuidado familiar. Enseguida presentamos algunos testimonios que ratifican lo dicho:

En el sílabo el contenido de la familia está desarrollado de manera muy escueta, creo que se debe detallar más y se deben usar múltiples estrategias para que la estudiante investigue más... (Docente- Capricornio).

Para valorar tenemos el “Instrumento de evaluación de aplicación del proceso enfermero” que lo utilizamos para evaluar tanto la práctica hospitalaria como la familia, se trabaja con esta con el enfoque del proceso enfermero... En la guía de evaluación del estudiante hay un aspecto referido a las capacidades personales para brindar el cuidado: la comunicación, la empatía, el respeto a la individualidad y particularidad de la familia, los principios éticos, la presentación personal; además la responsabilidad, el trabajo en equipo, y la puntualidad, pero creo que nos falta mejorar para valorar con mayor certeza las competencias para el cuidado familiar.(Docente- Aries)

Las estudiantes corroboran lo verbalizado por los docentes, en lo referente a la evaluación de las competencias desarrolladas:

Para evaluar el cuidado que brinde a la familia las docentes toman como referencia el informe final del proceso, la manera cómo enfrentamos las situaciones que vivimos con la familia y el desenvolvimiento en la

ejecución de nuestros planes de cuidado. Además, también evalúan cómo nos desenvolvemos al momento de la sustentación. (Estudiante- Dalia)

Tanto en los discursos como en el análisis de los sílabos se evidencia que no hay un instrumento específico que permita valorar el logro de competencias para el cuidado familiar. Se utiliza un instrumento que se aplica indistintamente al cuidado individual recuperativo y al cuidado familiar.

La evaluación del aprendizaje de la estudiante requiere de competencias que deben estar explicitadas desde el currículo, de las cuales se desprenderán las competencias de los sílabos, y a partir de ello, se establecen los criterios de evaluación y evidencias de conocimiento, producto y procesos que permiten valorar las competencias para el cuidado familiar; requiriéndose también que se retome la autoevaluación desde la metacognición, como estrategia para promover la formación humana que deberá complementarse con la coevaluación y la heteroevaluación²⁹.

Las otras limitaciones en la formación para el cuidado familiar identificadas son: falta de seguimiento, escaso tiempo asignado al cuidado familiar y falta de planificación de actividades basada en horarios establecidos en la escuela... no se tiene en cuenta la disponibilidad de la familia, limitando el desarrollo de las intervenciones y dejándolas inconclusas, frustrando de esta manera no solo al estudiante y docente, sino también a la familia que minimiza la contribución de la estudiante en su salud (incluso en algunas ocasiones no desea que la estudiante lo cuide). Los siguientes discursos respaldan lo antes mencionado:

El tiempo en comunidad es corto, hicimos algunas intervenciones pero no otras; por ejemplo, la señora tenía una enfermedad que era cisticercosis y no hicimos nada, quería que la lleváramos al médico que le asesoraban para conseguir un seguro y la señora se veía que quería que la

ayudáramos en eso y me quedé insatisfecha porque me quedó algo pendiente, con mis compañeras... todos dijimos que nos faltó eso... (Estudiante – Rosa)

El mayor obstáculo es la falta de continuidad en el trabajo con la familia, no hay seguimiento, cuando sí hay continuidad y seguimiento hay mayores cambios en la familia, se ve de alguna forma el impacto de las intervenciones realizadas por las estudiantes (Docente- Géminis)

Estos discursos revelan la necesidad de crear espacios donde se integren los contenidos planteados en los sílabos, contenidos que emerge en la práctica con la familia y se establezcan estrategias que permitan asegurar la continuidad y seguimiento del cuidado, por ello, proponemos se trabaje con proyectos formativos, porque permite integrar experiencias de aprendizaje que les permita resolver uno o varios problemas que surjan en el cuidado a la familia.

Lo descrito deja ver la necesidad de un reajuste curricular, ya que enfocar el cuidado como la acción profesional del enfermero, requiere que este sea fundamentado.²³ Así, la formación para el cuidado familiar exige un conocimiento teórico/filosófico de la enfermería, integrado al conocimiento contextual y propio del cuidado familiar.

En este sentido, es necesario que se conceptualice al currículo como un macro proceso sistémico en continuo cambio y autoorganización que se convierte no solo en un espacio de formación para los estudiantes, sino también para docentes, directivos y personal administrativo, requiriéndose del liderazgo y mediación de estos actores para llevar a cabo la gestión educativa considerando los retos del contexto y teniendo en cuenta la formación y los saberes previos del estudiante.²⁹

Para este reajuste curricular, la investigadora plantea asumir el enfoque socioformativo, que promueve la formación humana basada en competencias, tomando como base tres aspectos: el proyecto ético de vida,

las potencialidades de las personas y las expectativas sociales²⁹ que son fundamentales para desarrollar competencias para el cuidado desde la perspectiva de Waldow.

El proyecto ético de vida es concebido como un proceso donde la persona busca su realización personal acorde con sus necesidades de crecimiento y una determinada visión de la vida; tal proyecto hará que la persona asuma retos y posibilidades del contexto basado en el seguimiento de valores.³⁰ En este sentido, se espera que la estudiante, de manera consciente apoyándose en valores de automejoramiento, respeto, justicia, autoevaluación, honestidad, amor a la vida y transparencia, establezca estrategias buscando su autorrealización acorde con su necesidad de crecimiento y su visión de la vida.

Unido a este proyecto ético de vida, es importante desarrollar potencialidades en la estudiante que promuevan su capacidad para que conozca, comprenda, acepte y actualice sus habilidades, destrezas y actitudes, aplicando estrategias metacognitivas (conjunto de planes de acción que posibilitan el conocimiento de los procesos mentales así como la planeación, monitoreo y evaluación de los mismos),²⁹ porque solo en la medida que es capaz de transitar por el complejo mundo personal de sí misma, podrá transitar o asomarse a dimensiones del mundo íntimo de la persona y familia que cuidará.

Como señala Waldow, el cuidado se aprende cuidándose. Las competencias referidas a las expectativas sociales complementan a las dos anteriores porque orientan al profesional de enfermería, para que sean competentes para el cuidado familiar ubicándose en el contexto familiar que le corresponda, reconociendo su dinámica y los determinantes sociales relacionados con su bienestar.

Las competencias que se logren por el desarrollo integrado de estos tres aspectos nos ubicará en una formación orientada por el enfoque socioformativo; pero este cambio no solo debe ser en el documento curricular, sino fundamentalmente desarrollado y vivido por los actores principales del proceso formativo. Si concebimos el documento curricular como un proceso de acuerdo y negociación entre los requerimientos de la sociedad, de las instituciones educativas y de las personas con respecto a la formación integral y al aprendizaje de competencias integradas en las diferentes áreas de actuación, estaremos favoreciendo la autorrealización, la construcción del tejido social y el desarrollo económico.²⁹

A partir de estos planteamientos, se requiere organizar el currículo esperando formar personas con un proyecto ético de vida sólido, creativamente emprendedoras y competentes. Para ello, proponemos se asuma al cuidado como eje transversal del currículo y se implementen proyectos formativos para el cuidado familiar en las asignaturas de carácter profesional, utilizándose estrategias metodológicas activas grupales para que el estudiante vivencie el respeto, la tolerancia y el diálogo; se seleccionen escenarios que los sensibilice con las necesidades y problemas de la familia para generar sentimientos de solidaridad y cooperación y se establezcan criterios de evaluación orientados en la formación para el cuidado, y en ese contexto permita valorar las competencias para el cuidado familiar.

Los proyectos formativos abordarán el proceso de cuidar a la persona y familia con prácticas sostenidas enfocándose en identificar, interpretar, argumentar y resolver problemas del contexto; formando y poniendo en acción de manera articulada los diversos saberes, con reflexión, creatividad, análisis y colaboración vivenciando los valores, asegurando con ello una formación orientada al cuidado, que posibilite la adquisición y vivencia de las competencias previstas.

La integración de estos proyectos formativos en las asignaturas de carácter profesional asegurará la consolidación de competencias para el cuidado familiar, evitándose lo percibido actualmente por las docentes en las estudiantes del último año y las egresadas:

Actualmente nuestras egresadas salen con competencias generales, pero más que todo, con mayores fortalezas para el cuidado individual recuperativo hospitalario; aún falta fortalecer aspectos referidos al cuidado de la familia. (Docente- Aries).

...En el internado las estudiantes no se inclinan mucho al trabajo con la familia, descuidan el entorno, la dinámica familiar. Incluso algunas sienten rechazo por el cuidado a la familia. Pienso que lo logrado con las estudiantes en los primeros ciclos se diluye en los demás ciclos porque se pierde el cuidado familiar, más se enfocan al cuidado individual con énfasis a los aspectos recuperativos. (Docente Tauro).

Esta situación puede deberse no solo a las escasas experiencias de aprendizaje desarrolladas durante su formación, sino también a los escenarios donde se desarrolla el aprendizaje, lamentablemente en algunas instituciones de salud, la estudiante no encuentra condiciones ni modelos que la ayuden a desarrollar sus competencias para el cuidado familiar, así lo revela el siguiente discurso:

En el C.S. la estudiante no encuentra modelos a seguir, la enfermera se “rutiniza”, más realiza actividades intramuros, la enfermera se dedica más a los aspectos administrativos, llenan y llenan papeles y no hay un acercamiento con la familia, no hacen visitas domiciliarias que es una estrategia fundamental para el cuidado familiar. (Docente- Géminis)

La debilidad en los escenarios de práctica también fue revelada en la investigación realizada por Betancur S. y González M.,¹⁵ en la que plantean que las relaciones interpersonales observadas en las instituciones de salud, no constituyen ejemplos que permitan que los futuros profesionales de la salud enfrenten los retos con un enfoque humanista. Asimismo, Tanaka *et al.*¹⁸ en su investigación, que buscó sistematizar las facilidades y las dificultades observadas por la familia en la atención a la salud y analizar

sus implicaciones pedagógicas en el proceso de aprendizaje de las estudiantes, plantea que la principal dificultad fue la calidad de la relación usuario-profesionales.

Este contexto revela la necesidad de establecer alianzas estratégicas con instituciones que faciliten el desarrollo de las experiencias de aprendizaje requeridas, nos referimos a municipios, centros de salud, instituciones educativas, organizaciones no gubernamentales, entre otras para que se conviertan en escenarios que contribuyan al proceso formativo para el cuidado familiar, porque son campos de actuación en el que se desempeñarán las estudiantes cuando egresen.

Otra de las estrategias planteadas por las docentes es el establecimiento de una comunidad piloto y el trabajo multidisciplinario y multisectorial, ya que el cuidado familiar demanda de acciones sostenidas y del trabajo en equipo, así lo manifiestan las docentes:

Debemos tener una comunidad piloto, que no se cambie de familia, que se realice el seguimiento y permanencia con la familia en riesgo para que se vea el impacto y los cambios de la familia... deberíamos trabajar multidisciplinariamente con facultades como Educación, Biología, Psicología; por ejemplo, encontramos muchas madres analfabetas, miembros de la familia con problemas de autoestima, problemas con parasitosis, entre otros, problemas de saneamiento que requieren de un trabajo multidisciplinario. (Docente- Géminis)

Este discurso revela la necesidad de reconocer que la formación es un proceso sistémico de corresponsabilidad entre la persona y el entorno social, cultural económico y ambiental, por lo que se deben establecer alianzas estratégicas que permitan asumir el proceso formativo en su verdadera dimensión.

Al finalizar el análisis de esta subcategoría subrayamos lo expresado líneas arriba, que ante la escasa integración entre los requerimientos sociales, los planteamientos curriculares, los silábicos y las necesidades y problemas específicos de la familia, se requiere fortalecer la integración de la formación a través de una reestructuración curricular, tomando como base el enfoque del cuidado y el enfoque socioformativo, que permitirán que el estudiante se sienta cuidado y aprenda a cuidarse para poder cuidar. Esto demanda la integración de los planteamientos curriculares y silábicos con las necesidades y problemas que surgen en el cuidado familiar, desarrollando para ello proyectos formativos en el que se utilice estrategias activas grupales, escenarios de aprendizaje apropiados, evaluación de competencias, establecimiento de alianzas y gestión sistémica de la formación por competencias que permitan abordar integralmente el cuidado familiar.

En la puesta en marcha del currículo, es decir, en la ejecución de las experiencias de aprendizaje planificadas en el proceso formativo, el docente desempeña un rol fundamental en la dinamización de este proceso, porque su misión es contribuir en la concreción de las competencias previstas en el currículo. El análisis de este rol dio origen a la siguiente subcategoría.

3.1.2. Subcategoría: El rol docente y la generación del ambiente de cuidado en el proceso formativo

Cuando Waldow²¹ habla de una formación centrada en el cuidado, rescata como elemento fundamental a la persona: docente y estudiante; en este trabajo rescataremos fundamentalmente al docente, por ser el mediador del aprendizaje y a través de su actitud y postura sincrónica entre su filosofía de vida y su filosofía formación, logrará realmente el desarrollo de competencias para el cuidado familiar.

En este contexto, el docente desempeña un rol importante, ya que debe reflexionar sobre cómo se desarrolla el proceso formativo y consecuentemente mejorar su práctica. Es necesario que asuma el cuidado como un valor y busque medios y formas para mediar en el aprendizaje través de un ambiente de cuidado donde se rescate las potencialidades personales de cada estudiante, para que viva el cuidado durante su formación y se sienta confiada y empoderada para demostrar comportamientos de cuidado. Este comportamiento de cuidado se promueve en el marco de un ambiente de cuidado que enfoque dos aspectos: primero, que las estudiantes experimenten el cuidado en el ambiente educativo para que implementen prácticas y comportamientos de cuidar y segundo, para desarrollar el pensamiento crítico de las estudiantes que les permita ser autónomas, decididas, y responsables.²¹

El docente como responsable de generar un ambiente de cuidado, debe establecer estrategias para propiciar la confianza, respeto, consideración e interés entre los actores educativos, porque en este ambiente de cuidado, las personas se sienten bien, reconocidas y aceptadas como son, facilitando la expresión auténtica, la preocupación por las otras personas, responsabilizándose por las tareas, actualizando información, fortaleciendo y reestructurando ideas, ofreciendo apoyo y ayuda, todo ello, conlleva a que docentes y estudiantes se comprometan con la manutención de ese clima de cuidado.

Este ambiente, como lo manifiesta Waldow, es esencial para que la estudiante se sienta cuidada, de esa forma fortalece su capacidad innata de cuidar, por ello, planteamos que se deben establecer estrategias para asegurar que las docentes de todas las asignaturas (genéricas, básicas y especializadas de la profesión) propicien este ambiente, posicionando al cuidado, como un eje transversal en la formación del estudiante de enfermería.

Para ello, se requiere realizar modificaciones y asumir nuevos compromisos. En primer lugar, la reestructuración curricular estableciendo como eje transversal al cuidado; en segundo lugar, que la autoridad que gestiona el currículo socialice con los docentes enfermeros así como los docentes de otras áreas (la linealidad transversal del cuidado fortalecerá las competencias que debe mostrar el profesional de enfermería); y, en tercer lugar, el propio docente, como responsable de su asignatura, deberá seleccionar estrategias que fomenten actitudes de cuidado como: respeto, confianza, tolerancia, consideración, responsabilidad, solidaridad, empatía, entre otros; asimismo debe promover la práctica habitual de la metacognición, tanto en él como mediador del aprendizaje como en el estudiante para que aprenda a cuestionar su participación en el proceso formativo, identificando fortalezas y debilidades que deberá superar.

Con respecto a comportamientos de cuidado, en el estudio se descubrió que las docentes muestran comportamientos como: apertura, respeto, consideración a la estudiante y a la familia, así lo revela el siguiente discurso:

En el primer ciclo me tocó una profesora que trataba que nos conectemos con la familia, que nos comuniquemos, que nos acerquemos más,.. En el segundo ciclo hubo mayor conexión con la familia, las profesoras nos apoyaban y nos enseñaban (...) nos daban pautas para poder llegar a entablar comunicación con la familia... poco a poco iba entrando en

confianza... las familias se sentían en confianza y nos daban mayor información. (Estudiante- Tulipán)

A las actitudes de cuidado de los docentes, se le suma la aplicación de estrategias activas participativas, desarrolladas en aulas (*simposium forum*, técnica coloquial, entre otros) que tienden a promover un clima de cuidado, motivando en la estudiante valores de responsabilidad, empatía, respeto y confianza; valores que facilitan el aprendizaje no solo cognitivo sino también actitudinal. Lo que aprenden la estudiante en aulas lo transfiere a la práctica con la familia, aplicando diversas estrategias (consejería, charlas educativas, sociodrama, entre otras) para mejorar los estilos de vida de la familia, así lo revela los siguientes discursos:

... de acuerdo a sus necesidades, recursos y cultura de la familia no solo se usan charlas educativas, sino también otras estrategias, sociodrama en la que participan varias estudiantes y también la familia se muestra más interesada. (Docente- Capricornio).

... aparte de darle información, trabajamos en relación a la organización de la vivienda, trabajamos con mejorar la cocina, la limpieza, la disposición de platos, y ollas. Inclusive le ayudamos a reubicar el espacio asignado para baño porque estaba cerca de la cocina... con la participación de la familia, Participamos con la madre en estas tareas, martillamos conjuntamente con la señora y nos fuimos compenetrando, fue muy bonito. (Estudiante- Liz)

Los comportamientos de cuidado mostrados por los docentes en el aula y las estrategias de enseñanza usadas en ambos escenarios (aula y vivienda) propician un ambiente de cuidado que facilita la adquisición de competencias relacionales, destacándose el rol del docente como mediador del proceso formativo para el cuidado. Estos resultados son similares a los planteados por Mantilla,⁴² quien refiere que el profesor es sensible, perspicaz, disponible, un estratega y, sobre todo, un cuidador y un aprendiz que siempre está interiorizando los principios de cuidar en su vida cotidiana y consecuentemente en el hacer y pensar pedagógico.

Las docentes también proponen otras intervenciones como: crear un marco teórico y metodológico que guíe la formación para el cuidado

familiar y ayude a establecer alianzas estratégicas que aseguren la formación para el cuidado familiar, y que se conviertan en componentes básicos de la gestión de la formación basado en competencias, así se revela en los siguientes discursos:

Pienso que es necesario una comunión de ideas sobre cómo debe ser el cuidado familiar, las docentes somos las principales facilitadoras del aprendizaje y si no tenemos un norte va a ser muy difícil que podamos ayudar a desarrollar competencias para el cuidado familiar, nos falta – creo- adoptar una teoría o postura y hacer el seguimiento del cuidado familiar. (Docente- Aries)

Debemos trabajar con los líderes comunitarios y establecer alianzas estratégicas con otros sectores que ayuden a la salud familiar... debería haber una introducción de asignaturas propias para el cuidado familiar aparte de tenerlo como eje integrador, porque hoy en día las políticas están orientadas a la promoción de la salud y debemos incidir más para el cuidado familiar. (Docente- Aries)

Es necesario destacar que las docentes aún sin la capacitación formal en el cuidado familiar, por la experiencia de enseñar desde hace varios años esta temática, por su formación en el cuidado enfermero y por su sensibilidad como personas y profesionales han contribuido al desarrollo de competencias en la estudiante que demanda el proceso interactivo del cuidado familiar y han señalado la necesidad de mejorar el proceso formativo, lo que evidencia su compromiso con la formación del profesional de enfermería. Sin embargo, al igual que Silva,⁴³ planteamos la necesidad de reforzar la capacitación de las profesoras en el cuidado familiar, para que usen metodologías interactivas destinadas a aprender a través de la reflexión sobre el cuidado, integren contenidos sobre la familia y enfermería familiar, centren las prácticas en la familia y desarrollen investigación en el escenario donde se desenvuelven.

Urge por tanto la capacitación del docente en lo referente a enseñanza para el cuidado, gestión del currículo basado en competencias, capacitación formal en el cuidado familiar y en investigación para integrar a la formación los resultados de sus investigaciones referidos al cuidado familiar y desarrollar investigación acción educativa para mejorar el

proceso formativo para asegurar que la formación sea pertinente con las necesidades cambiantes de la sociedad.

Pero así como hay posturas docentes que fortalecen el proceso formativo, también hemos identificado en algunos testimonios de estudiantes, algunas actitudes que merecen ser reflexionadas como por ejemplo, el no acompañar a la estudiante a las visitas domiciliarias durante la valoración familiar y el no programar experiencias demostrativas que permitan obtener habilidad para el desarrollo del examen céfalo caudal, así se evidencia en los siguientes discursos:

La profesora nos dejaba solas con la familia y luego nos encontramos en la universidad, y aquí nos preguntaba lo que habíamos hecho con la familia, pero a veces ella no podía saber si lo que le decíamos era verdad o no, a veces nosotros no sabíamos si el órgano que estaba valorando estaba grande y tal vez no era así, no teníamos a la profesora presente para que nos refuerce si lo que estaba haciendo estaba bien. (...) la profesora debe acompañarnos a realizar la valoración porque hay algunos aspectos que no sabemos si están bien o no; si estaba mal la valoración estaba mal el diagnóstico y las intervenciones. (Estudiante – Rosa)

Nos faltó practicar, sobre todo, en los aspectos referidos al examen físico, no sabíamos cómo se hacía a pesar que nos dieron la teoría, nosotros en algunos aspectos del examen físico, poníamos normal, porque no sabíamos que poner. Para realizar el diagnóstico, el análisis, también creo que nos faltó un poco más de práctica. Yo creo que si hay tiempo para hacer uno o dos casos hipotéticos sobre el cuidado familiar y luego ir a la familia...creo que serviría mucho incorporar casos hipotéticos antes de ir a comunidad y practicar el examen físico. (Estudiante- Azucena)

Esta situación puede deberse a la formación biomédica recuperativa de las docentes, así se revela en el siguiente discurso:

Otro problema es que las docentes no logramos cambiar los paradigmas del cuidado hospitalario, biomédico por uno familiar, promocional y preventivo, no nos enfocamos en el cuidado familiar. (Docente Tauro)

Deberíamos fortalecer más las competencias en cuanto a interrelación, a la comunicación, la ética, bioética, que nos haga más sensible, al desarrollo de la estudiante, fortalecer su autoestima, su autonomía para que a partir de ello puedan ir a la familia y ser empáticas para que fortalezcan el desarrollo de los miembros de la familia. (Docente – Géminis)

El enfoque biomédico en la formación del estudiante de enfermería prioriza el aspecto recuperativo, enseñando a cuidar a la persona enferma en el ambiente hospitalario, por ello los sílabos contienen innumerables debilidades y no dan espacio para el desarrollo personal del estudiante, es decir, de su autoestima y de su inteligencia emocional, en definitiva de su autorrealización. Por estos aspectos es posible que la docente no se habitúe aún a cuidar a la familia en la vivienda. Sin embargo, el sistema de salud peruano, actualmente está valorando en toda su dimensión el cuidado familiar y el rol de la enfermera familiar, convirtiéndose en una exigencia formar enfermeras para desempeñarse en este escenario. Formación que debe estar orientada por un paradigma humanizador que priorice la formación del “ser del estudiante” y a partir de ello se desarrollen competencias para el cuidado no solo de la persona, sino también de la familia.

Otro aspecto que debe fortalecerse es la gestión curricular, la misma que requiere ser direccionada al desarrollo de competencias para el cuidado familiar, así lo manifiestan los docentes:

Es necesario que la Dirección de Escuela asuma la conducción, estableciendo políticas que permitan generar las competencias para el cuidado familiar como sistema. Con políticas, los docentes se alinean para contribuir con el cuidado familiar... No me parece que estemos formando adecuadamente, urge un cambio con el compromiso de todos los docentes. (Docente- Capricornio)

Pero la gestión curricular, desde el enfoque socioformativo que nos respalda, no solo es responsabilidad de una persona (generalmente la directora de escuela o la presidenta de la Comisión Curricular), sino de todos los docentes, porque el currículo no solo es un documento o plan de estudios, también son las prácticas que se desarrollan con las estudiantes en un ámbito social y cultural, para ello es importante que el docente utilice la metacognición y la investigación acción educativa, porque son los métodos más útiles para identificar, analizar y cambiar las prácticas

educativas a través de procesos colaborativos.²⁹ En este contexto el estudiante desarrollará competencias para el cuidado familiar acorde con las demandas sociales para lo cual la docente será la encargada de asegurar la dinámica y flexibilidad curricular y el ambiente de cuidado.

En síntesis en esta subcategoría se destaca el rol del docente como mediador del proceso de aprendizaje enfatizando la importancia de promover un ambiente de cuidado que permita que la estudiante al sentirse cuidada, fortalezca su capacidad innata de cuidar, proponiendo que el cuidado se convierta en un eje transversal del currículo lo que requiere de una gestión para la formación en el cuidado que involucren a los docentes de todas las asignaturas comprometiéndolos a aplicar estrategias que aseguren un clima de cuidado. Para todo ello, se requiere iniciar con la capacitación docente respecto a enseñanza para el cuidado, gestión curricular basada en competencias, cuidado familiar e investigación para asegurar la pertinencia en la formación.

Para finalizar esta subcategoría creemos conveniente resaltar que el ambiente de cuidado debe de instituirse y percibirse en todas las asignaturas, a través de la selección de estrategias de enseñanza interactivas y de la metacognición para que se identifiquen debilidades, limitaciones y nuevas exigencias para asegurar la pertinencia de la formación.

Las primeras dos subcategorías han enfocado el proceso formativo y el logro de competencias para el cuidado familiar, desde el enfoque integrador y el rol esencial del docente en la generación del ambiente de cuidado; a estas subcategorías se le suma la aplicación del proceso de cuidado de enfermería en la práctica con la familia como estrategias del proceso formativo para el desarrollo de competencias en el cuidado familiar de esta escuela, así lo devela la siguiente subcategoría.

3.1.3. Subcategoría: El proceso del cuidado para el desarrollo de competencias en el cuidado familiar.

De acuerdo con Waldow,²³ todos los seres humanos llevan a cabo para sí mismas y para los demás, un proceso de cuidar que es variable y que se prolonga desde el nacimiento hasta la muerte. Este proceso de cuidar como acción profesional queda vinculado a enfermería, desde Nigthingale, al exigir que esta profesional adquiriera una forma de pensar a nivel científico y que le permita reformular una nueva manera de hacer, usando su pensamiento crítico para analizar los hechos que se van produciendo en torno a las personas, a su salud y al entorno.

Para llevar a cabo este proceso de cuidar, la enfermera requiere de un instrumento metodológico que le ayude a desarrollarlo de manera ordenada y cohesionada, dejando constancia de las intervenciones realizadas posibilitando su evaluación y retroalimentación. A este instrumento Benavent⁴⁴ le denominó “proceso enfermero” o “proceso de cuidar en enfermería”. Nos acogemos a la segunda propuesta porque enfatiza al “cuidado” como objeto de la profesión. La expresión de proceso de cuidar en enfermería recoge la forma de pensar y la forma de hacer del profesional de enfermería, que se personaliza cuando se dirige a la persona, familia o comunidad.

Son múltiples las definiciones sobre el proceso de cuidar en enfermería, destacamos la de Benavent,⁴⁴ que lo define como el instrumento básico del trabajo enfermero que permite actuar con método adaptándolo a la persona como individuo o como grupo, generando información básica para la investigación en enfermería; y la de Waldow²² que lo define como todas aquellas actividades desarrolladas por la cuidadora para y con el ser cuidado basándose en conocimientos científicos, habilidades, intuición, pensamiento crítico, creatividad, acompañados de comportamientos de cuidado.

Dada la trascendencia del proceso de cuidar en enfermería, es necesario que en el proceso formativo se desarrollen experiencias para que las estudiantes lo aprendan, ya que sin duda contribuye a transformar el conocimiento común en conocimiento científico posibilitando la consolidación de la actividad de cuidar como actividad profesional y asegura la calidad del cuidado al considerar a la persona desde su totalidad e individualidad.⁴⁴

Por la importancia de este instrumento metodológico, la escuela en estudio, desde el primer ciclo de formación da a conocer los aspectos teóricos del instrumento metodológico que utiliza la enfermera para cuidar y lo lleva a la práctica aplicándolo a una familia. Antes de abordarla se desarrollan en aula, sociodramas para simular la visita domiciliaria, pero para muchas de las estudiantes esto no es suficiente porque encuentran dificultades para ser aceptadas por la familia, así se manifiesta en el siguiente discurso.

...a mi grupo nos fue difícil encontrar a la familia, tocamos casa por casa pero no nos querían recibir hasta que encontramos a una familia humilde que sí estaba interesada en cuidar a la familia, cuidar su salud, cambiar su estilo de vida y nos acogió y trabajamos con la familia. (Estudiante-Gladiolo)

Pese a esta limitación, se trabaja con la familia para que la estudiante tenga la experiencia de aplicar el proceso de cuidar en enfermería, durante las cuatro semanas de práctica (12 días, cada semana la estudiante dispone de tres días), en un ambiente menos estresante que el hospitalario, enseñándole cada etapa del proceso, así se revela en el siguiente discurso:

El contacto directo con la familia en el primer ciclo se desarrolla aproximadamente en cuatro semanas, aplicando el proceso paso a paso desarrollándolo, conforme se da en clase, si abordamos la valoración al día siguiente vamos a valorar a la familia y así sucesivamente. (Docente-Piscis)

Es necesario puntualizar que la división en etapas del proceso de cuidar en enfermería es “artificial”, pero necesaria para enseñar y aprender

dicho proceso.³⁴ Esta escuela enseña el proceso de cuidar en enfermería siguiendo cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Acotamos que son variadas las denominaciones de las distintas etapas del proceso de cuidar en enfermería, por ejemplo Benavent,⁴⁴ propone dos: juicio diagnóstico, que involucra la valoración, y el diagnóstico, el juicio y acción terapéutica, que involucra la planificación, ejecución y evaluación). Horta⁴⁵ señala seis etapas (histórico de enfermería, diagnósticos, plan de asistencia, plan de cuidados de enfermería, evaluación y pronóstico) y Waldow³³ señala cuatro momentos (percepción, identificación de la situación, acción y respuesta). Cualquiera sea la denominación, se reconoce que estas etapas o momentos se encuentran conectadas entre sí y la retroalimentación entre ellas confirma que la división es artificial.

El proceso de cuidar en enfermería aplicado a la familia tiene un escenario particular que es la vivienda, donde confluyen los cuatro componentes de la cultura organizacional planteados por Waldow: el ambiente físico lo constituye la vivienda siendo necesario adaptar el cuidado a las condiciones de la infraestructura, material y equipo que posee la misma; el ambiente administrativo lo desarrollan la enfermera y familia que planifican, organizan, direccionan, ejecutan y controlan el cuidado, el ambiente social; se crea con la cortesía, solicitud, buena voluntad, la paciencia y el respeto a la familia; y el ambiente tecnológico está dado por el conjunto de técnicas usadas en el cuidado de la familia, desde la comunicación hasta la realización de otras intervenciones que demanda el cuidado.

Los componentes y las etapas del proceso deben ser aprendidos por la estudiante. En la valoración debe aprender a realizar la percepción e identificación global de la familia, identificando sus necesidades, problemas, costumbres, rituales y valores; así como de las características

del ambiente físico y social de la familia. En el diagnóstico aprende a ejercitar su pensamiento crítico para emitir un juicio que identifica las respuestas de las personas y los factores relacionados o de riesgo; en la planificación, aprende a elaborar un plan de intervenciones conjuntamente con la persona o familia cuidada; en la ejecución, aprende a llevar a cabo intervenciones conjuntamente con la persona para satisfacer sus necesidades y en la evaluación, aprende a valorar las respuestas de las personas ante las intervenciones de enfermería para retroalimentar el proceso.

Sin embargo, la investigación reveló que este proceso, enseñando etapa por etapa, tiene una serie de limitaciones. Se inicia la enseñanza de este instrumento metodológico con la valoración, para obtener información para dar una respuesta a la demanda de los cuidados, permitiendo adaptar la respuesta a cada uno de ellos y modificarla si fuera necesario en respuesta a posibles cambios. Para recolectar estos datos, la escuela utiliza una “Guía de valoración familiar” estructurada en seis partes: la primera referida a la información demográfica, la segunda a la dinámica familiar, la tercera al entorno vital, la cuarta a la situación socioeconómica, la quinta a los aspectos de salud y la sexta a la interacción social–cultural de la familia.

A través de esta guía se recolecta información no solo de los miembros de la familia sino también del ambiente físico y social en el que se desenvuelven, no limitando la valoración a los aspectos que allí se especifican, porque cada familia es particular; por ello la guía es considerada por las estudiantes como una fortaleza, porque les ayuda a recolectar información, así lo revela el siguiente discurso:

Una de las fortalezas del trabajo con familia fue la utilización de la hoja de valoración porque nos ayudó bastante para identificar las necesidades, nos permitió obtener muchos datos sobre sus necesidades fisiológicas, pero también sobre su autoestima. Además es conveniente ampliarnos hacia otras necesidades que podamos encontrar en la familia. (Estudiante- Lirio)

Aunque la guía ayuda al estudiante, que recién se inicia en la valoración de la persona o la familia, es indispensable que paralelamente se apliquen estrategias para desarrollar el pensamiento crítico del estudiante; sin llegar a encasillarse en una “guía” que muchas veces puede resultar siendo una limitación para la percepción global de las necesidades y problemas de la persona cuidada. Estas limitaciones también han sido precisadas por las estudiantes, así lo revela el siguiente discurso:

Utilizamos la guía de valoración y me parece que contiene algunos aspectos repetitivos o algunas preguntas muy incómodas. Como es extensa, a veces la familia se cansa. (Estudiante- Tulipán)

Otra de las limitantes en el desarrollo de la valoración son las condiciones para desarrollar el examen físico, así se evidencia en los siguientes discursos:

...tuvimos problemas con el examen físico, nos habían dado la información en clase (los videos), pero creo que faltó practicarlo primero, porque no sabíamos si lo que estábamos haciendo y encontrando estaba bien, yo creo que hubiera sido mejor hacerlo primero en el aula o en el laboratorio y luego ir a aplicarlo con la familia. (Estudiante- Azucena)

Estos discursos revelan la necesidad de revisar las estrategias metodológicas para desarrollar competencias que busquen valorar y percibir la situación como un todo y fortalecer su pensamiento crítico, de tal manera que le permita tomar decisiones sobre qué, cómo y en qué momento recolectar información. En el desarrollo del pensamiento crítico de la estudiante desempeña un rol fundamental la postura del docente, el ambiente de cuidado que logre desarrollar y la selección de estrategias didácticas que promueva el cuestionamiento permanente y la toma de decisiones basada en el conocimiento científico.

Este pensamiento crítico es fundamental en la valoración, que debe ser desarrollada con sumo respeto y responsabilidad. Consideramos que la

estudiante deberá poseer conocimientos y habilidades básicas para la valoración, antes de abordar a la familia en resguardo del principio ético de beneficencia. Al igual que Horta,⁴⁵ sugerimos que se requieren habilidades para desarrollar la entrevista, la observación, el examen físico, y la habilidad para el análisis documental de los datos recogidos por otros profesionales, cuando sea posible para tener una percepción global de la situación de la persona y familia.

También se requiere del acompañamiento del docente para ayudarlas a aprender a identificar manifestaciones que indican alteración, necesidad o satisfacción de la persona; de no ser así, la estudiante por su poca experiencia no obtendrá la información que le permita cuidar a la familia; así lo revela el siguiente discurso:

Considero que fue difícil realizar la valoración en lo que se refiere al examen físico, no tenemos experiencia y tampoco estaba la profesora para que nos corrija sobre la adecuación o no de lo que estábamos haciendo. (Estudiante – Rosa)

Se observó que no solo la falta de habilidades para desarrollar el examen físico a los integrantes de la familia es una limitación, sino también la disponibilidad de tiempo de la familia. Cuando el estudiante hace la visita domiciliaria, lo hace en el momento en que se le asigna la práctica comunitaria (8:00 a.m. – 1:00 p.m. de lunes a miércoles), pero muchas veces la familia tiene comprometido ese tiempo para otras actividades, como: trabajo, ir a clase, al mercado... lo que origina que la estudiante se limite a valorar solo a uno o dos miembros de la familia y no a todos sus integrantes, siendo eso un obstáculo para el cuidado familiar.

... generalmente la mamá nos atiende en las mañanas entre las 9:00 a.m. y las 10:30 a.m., porque después ella debe hacer el mercado, el almuerzo, ver a los hijos; y ya no tiene disponibilidad para atender y trabajar con las estudiantes. Tal vez podría intentarse trabajar por las tardes cuando la madre esté más desocupada. (Docente- Géminis)

Los aspectos contextuales que se mencionan, como: rechazo de la familia por visita inoportuna de las estudiantes, poco tiempo de permanencia en la vivienda, ambientes inadecuados de la misma... son percibidos como serios obstáculos para valorar. El siguiente discurso hace mención a tales aspectos:

La valoración no fue muy fácil, en primer lugar por la incomodidad de la casa, solo tenía una cama y un banquito. Era un solo ambiente e hicimos el examen físico solo en los aspectos que no requerían que se le “descubra” mucho a la persona, hubo algunas limitaciones, sobre todo, por la experiencia escasa que teníamos para hacer el examen físico... (Estudiante-Cereza)

Esta situación requiere de la implementación de estrategias antes de trabajar con la familia, que permitan superar estos obstáculos, como por ejemplo: desarrollar laboratorios para abordar la valoración dando énfasis a la adquisición de la competencia comunicativa, observación, habilidades para aplicar las técnicas que requiere el examen físico de la persona y el análisis documental para obtener información de la persona y dinámica familiar. Asimismo, se necesita que la familia valore la importancia de la enfermera en el cuidado familiar, en ese sentido se deberá establecer estrategias para ir seleccionando a las familias dispuestas para el cuidado familiar, a través de alianzas con instituciones educativas, municipios, ONG, entre otros.

Adicionalmente a lo analizado hasta aquí, también es importante resaltar que la escasa experiencia del estudiante para ingresar a la familia con la finalidad de realizar el examen físico, la poca disponibilidad de tiempo y la infraestructura precaria de la vivienda son condiciones que limitan la valoración; pero aún con los datos recolectados en estas condiciones, la estudiante inicia la fase del diagnóstico y formula juicios sobre las experiencias y respuestas de la persona y familia frente a problemas de salud, procesos vitales reales o potenciales, que son la base para la selección de las intervenciones de enfermería, para desarrollarlos

se orienta a la estudiante en el análisis, tal como se aprecia en los siguientes discursos:

Para el diagnóstico utilizamos las cuatro preguntas guía que nos dio la profesora y con ellas formulamos los diagnósticos con más facilidad. La profesora nos guiaba mucho. (Estudiante- Lirio)

En la fase del diagnóstico le damos a conocer los diferentes diagnósticos posibles que pueden obtener después de haber valorado y analizado los datos; por ejemplo: el déficit del cuidado, deterioro del mantenimiento del hogar, problemas nutricionales, entre otros. (Docente- Tauro)

Así como en la valoración, las estudiantes también manifiestan ciertas dificultades para formular los diagnósticos de enfermería, porque requieren de habilidades cognitivas, como: manejo de información, pensamiento crítico y toma de decisiones, entre otras, que muchas veces recién se empiezan a desarrollar en los primeros ciclos, así lo evidencia el discurso que presentamos:

Con los diagnósticos de enfermería también teníamos cierta dificultad, porque no los habíamos practicado antes... Entrar de frente en la comunidad para generar diagnóstico nos fue bastante difícil, nos provocó bastante conflicto entre nosotros... y como era trabajo grupal algunos decían unas cosas y otros otra cosa, y nos fue difícil desarrollarlo. (Estudiante- Geranio)

Nuevamente se observa la necesidad de fortalecer el pensamiento crítico del estudiante teniendo como insumos información científica que permita dar explicación a las necesidades o problemas que presenta la familia, las estudiantes sugieren que se apliquen estrategias didácticas en aula para ejercitar su pensamiento crítico antes de ir a la familia.

Para pasar a la planificación, la estudiante acude a la familia y presenta los diagnósticos, los discute y determina si lo que identificó son aspectos también percibidos por la familia, de esta manera se promueve la participación de los miembros que es fundamental porque desarrollan compromiso, así se evidencia en los siguientes discursos:

Para desarrollar las intervenciones, le preguntamos a la señora, por qué teníamos seis diagnósticos y ella estaba interesada en saneamiento básico y dolor lumbar. También incluimos lo que era obesidad. (Estudiante- Amapola)

Pero lamentablemente el tiempo asignado al trabajo con la familia, hace que en algunas ocasiones no se tome en cuenta su opinión, así lo revela el siguiente discurso:

En cuanto a las intervenciones, nosotros elegimos dos diagnósticos, pero luego le consultamos a la profesora si estaba bien... ella era la que finalmente elegía o modificaba nuestra elección. No le consultamos a la familia lo que necesitaban. (Estudiante- Lirio)

Con el escaso tiempo que les resta se desarrollan intervenciones dirigidas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades utilizándose diversas técnicas entre ellas: consejería, charla educativa, demostraciones y sociodrama. Se abordaron temas referidos a nutrición, higiene, saneamiento, prevención de enfermedades frecuentes, etc. Así lo revelan los siguientes discursos:

Las intervenciones fueron una charla referida a nutrición, saneamiento; trabajamos en la organización de la vivienda con la madre y también hicimos la demostración del autoexamen de mamas. (Estudiante- Lirio)

Para desarrollar las intervenciones planificadas, las estudiantes generalmente están acompañadas de las docentes, situación que se constituye en una fortaleza, su presencia les da seguridad.

En la charla siempre estamos acompañados de la profesora... Ellas nos ayudan mucho, están paso a paso, hasta en la redacción nos ayudan a conectar las ideas. (Estudiante- Girasol)

Esta fase del proceso no está exenta de problemas, destacándose la falta de recursos de la familia, la persuasión y el escaso tiempo asignado a su cuidado. Esto no permite desarrollar todas las intervenciones

planificadas, causando frustración no solo en la familia, sino también en los docentes y estudiantes:

...otro problema es el recurso de la familia, a veces esta no tiene recursos. Se les educa, por ejemplo, sobre la higiene con agua y jabón, pero no tienen agua intradomiciliaria y entonces priorizan, la poca agua que compran es para la preparación de alimentos y no, para la higiene a pesar que sabe de su importancia. (Docente- Géminis)

Otra cosa que tampoco hacemos es que no pedimos el consentimiento informado para interrelacionarnos con la familia. Entramos, invadimos y eso está penado, a veces decimos, “señora, mañana vamos a venir a darles una charla”, y no pedimos consentimiento. (Docente- Géminis)

El tiempo en la práctica con la familia es escaso... hay que tener en cuenta este tiempo, la mayoría de las madres son amas de casa y generalmente nos pueden atender en la mañana antes de las 10:00 a.m. porque después se desplazan al mercado a cocinar, entre otras cosas. (Estudiante- Liz)

No se apreciaron discursos referidos a la fase de evaluación o de respuesta, posiblemente por dos motivos: en primer lugar los cambios de hábitos y conductas de la familia requieren de actividades sostenidas y de frecuente retroalimentación y el corto tiempo en que se realizan las prácticas no permite evidenciar resultados; y segundo porque la evaluación es ejecutada solo por la estudiante sin la participación de la familia, hecho que no permite retroalimentar el proceso revelando así la falta de seguimiento del cuidado.

Pese a todas las limitaciones descritas, las estudiantes valoran la práctica con la familia porque tienen la oportunidad de brindar amor a sus respectivos miembros, así como de respetar sus valores, creencias y costumbres. Siempre reconociendo y potenciando su capacidad para cuidar a sus miembros y proteger su entorno, tratando de empoderarlos para que asuman decisiones que les permita mantener y o recuperar su salud. Asimismo tal situación les permitió familiarizarse con el instrumento metodológico del proceso de cuidar en enfermería a la familia, pero que lamentablemente no es continuado a lo largo de la

formación, quedando inconcluso el desarrollo de esta competencia para el cuidado familiar.

Dadas las limitaciones antes descritas en cada etapa del aprendizaje del proceso de cuidado en enfermería, es necesario analizar que si bien es cierto, la práctica desarrollada en la vivienda es un escenario fundamental para aprender a cuidar, debemos cuestionar lo siguiente: ¿es adecuado enseñar el proceso de manera lineal, sabiendo que este es dinámico (se superponen las etapas) y de división “artificial” por el carácter retroalimentador del mismo; ¿es conveniente que se enseñe el proceso de cuidar en enfermería aplicado a la familia en el primer año de su formación en el que recién se están desarrollando sus competencias referidas al pensamiento crítico, creatividad, conocimiento científico, entre otros aspectos que demanda este proceso?; ¿es ético utilizar a la familia como medio para que la estudiante aprenda el instrumento metodológico del proceso enfermero, aún sin que esta tenga las habilidades básicas para desarrollarlo? ?, ¿está la estudiante preparada para trabajar en la vivienda participando y respetando hábitos, comportamientos, creencias, cultura de la familia?; y para que la estudiante aprenda ¿es necesario enfrentarla a una situación tan compleja como es el cuidado familiar?

Definitivamente, consideramos que se requiere modificar la forma de enseñar el proceso de cuidar en enfermería a la familia, y de implementar estrategias en el proceso formativo para desarrollar las habilidades básicas como son observación, comunicación, destreza manual, creatividad, trabajo en equipo, pensamiento crítico de la estudiante. Antes de abordar a la familia se requiere también, en algunos casos, del acompañamiento del docente para realizar alianzas estratégicas y trabajar con familias seleccionadas que previamente den su consentimiento, asignar mayor tiempo al cuidado familiar para asegurar el seguimiento que permita

evaluar el impacto de las intervenciones, entre otras estrategias que permitan desarrollar las competencias que el cuidado familiar requiere.

Este planteamiento se basa en la complejidad del cuidado familiar, conceptualizado por la investigadora como un proceso complejo, dinámico, intencional y emancipador que respeta las particularidades, creencias, valores y costumbres de los integrantes de la familia, promoviendo la identificación de sus necesidades sentidas y no sentidas, sus fortalezas y obstáculos, poniendo en marcha intervenciones que potencien los recursos familiares para que acceda a las redes de apoyo social que les permita empoderarse para recuperar o mantener el bienestar familiar.

Entendiendo el bienestar familiar como un proceso dinámico, resultado de la interacción de los miembros de la familia con el ambiente y del desempeño eficiente de sus roles, en el cual sus integrantes, se responsabilizan y promueven su salud y la de los demás miembros de la familia, así como la funcionalidad de esta como unidad en un entorno aún más complejo que es la comunidad, que condicionan el tipo de problema que enfrentarán y resolverán durante su ciclo vital.

Para lograr este bienestar, es pertinente la propuesta de Chinn.⁴⁶ Su pensamiento se fundamenta en que la estudiante es quien debe aprender a considerar a la familia como una comunidad de cuidado partiendo del conocimiento del contexto y de la historicidad de la misma; de esta manera fortalecerá su interacción con el entorno, mediante el respeto de sus valores culturales, creencias y convicciones. Bajo esta perspectiva la estudiante deberá cuidar a la familia comprendiendo su dinámica, estructura, necesidades y problemas, para luego promover que esta logre identificar estrategias con las que pueda atender sus necesidades y

preocupaciones; así como potencializar sus fortalezas y utilizar sus propios recursos humanos y materiales, o las redes de apoyo social.

En este contexto, el cuidado familiar requiere que la estudiante desarrolle competencias para llevar a cabo tal proceso interactivo. Esto implica desarrollar intervenciones con base en conocimientos científicos; así como habilidad, intuición, pensamiento crítico y creatividad, acompañados de comportamientos, actitudes y un ambiente de cuidado que implica promover, mantener y recuperar la dignidad e integridad humana (plenitud física, mental, emocional, social y espiritual) en sus fases de vivir y morir²² de cada miembro de la familia. Todo esto sustentado en un enfoque multicultural, dinámico y complejo que conlleve al empoderamiento de la familia para ejecutar actividades que promuevan su salud y desarrollo.

Para promover estas competencias sugerimos que en el proceso formativo se implementen proyectos en las asignaturas básicas de la profesión (como se planteó en la primera subcategoría); ya que estos integran un conjunto articulado de estrategias que se van desplegando en el tiempo para resolver un problema contextualizado en una red de situaciones en constante cambio y organización en donde hay una continua valoración que posibilita la retroalimentación necesaria para realizar los ajustes pertinentes.²⁹

Los proyectos formativos se deben iniciar en el primer ciclo y la estudiante debe aplicarlos a sí misma; en el segundo ciclo, deberá aplicarlos a su compañero de estudios; y a partir del tercer ciclo hasta el octavo los aplicará a la familia, seleccionando escenarios con niveles de complejidad creciente. Esta propuesta responde a dos consideraciones: la primera, a la necesidad de enseñar a la estudiante que el cuidado debe empezar por su persona, para que esté en condiciones de cuidar a los

demás permitiéndole a la docente demostrar cuidado hacia la estudiante. Por otra parte, durante ese periodo se tendrá el tiempo requerido para ayudar al desarrollo personal de la estudiante el que deberá fortalecerse a lo largo de su formación al establecer el cuidado como un eje transversal del currículo; y la segunda consideración es que en salvaguarda del principio de beneficencia, se debe trabajar con la familia cuando se asegure que por lo menos la estudiante tenga las habilidades básicas en el nivel inicial, para aplicar el proceso de cuidado en enfermería.

Pese a las limitaciones presentadas en el proceso formativo del cuidado familiar, se desarrollaron en la estudiante competencias que, por constituirse en el sujeto esencial del proceso formativo, decidimos presentarla en la siguiente categoría.

SEGUNDA CATEGORÍA: EL PERFECCIONAMIENTO PERSONAL DEL ESTUDIANTE COMO ESTRATEGIA PARA EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS EN EL CUIDADO FAMILIAR

El sujeto protagonista del proceso formativo es la estudiante, porque desarrolla y potencializa sus competencias, entendiendo estas como procesos complejos que integran el saber ser, conocer y hacer para resolver problemas y realizar actividades de acuerdo a los requerimientos específicos del entorno, a las necesidades personales y a los procesos de incertidumbre con autonomía intelectual, conciencia crítica, creatividad y espíritu de reto.²⁹

En este estudio nos centraremos en las competencias para el cuidado, asumiendo la perspectiva de Waldow²³ que manifiesta que este es una manera de ser y de relacionarse, comprendiendo el aspecto moral y ético de la profesión de enfermería. Este proceso interactivo, donde se desarrollan intervenciones “para y con” el ser cuidado, requiere de competencias que deben estar planificadas y desarrolladas en la formación de la estudiante de enfermería.

A continuación se presenta la tabla que muestra los elementos de significado identificados en las entrevistas efectuadas a estudiantes y docentes, y que generaron esta categoría:

Tabla 9. Elementos de significado que originan la segunda categoría

Elementos de significado	Frecuencia Simple	Frecuencia Asociada
Sujeto de formación	195	446
Competencias para el cuidado familiar	108	183
TOTAL	303	629

Fuente: elaboración de la investigadora.

El Método de Asociación de Contenidos reveló 303 de frecuencia simple y 629 de frecuencia asociada, que indica el número de veces que los elementos “sujetos de formación” y “competencias para el cuidado familiar” aparecieron asociados a otros elementos significativos, asignándole un peso confiable a esta categoría.

Las competencias para el cuidado, generadas en la estudiante en el proceso formativo referido a la familia, son analizadas en base a los planteamientos de Tobón²⁹ y de Waldow.²¹ El primero se consideró porque define la competencia desde un enfoque holístico, al interrelacionar los aspectos cognitivos, procedimentales y actitudinales con una sólida base de valores éticos; y la segunda porque plantea la necesidad de enseñar para el cuidado con la finalidad de generar competencias en los profesionales de enfermería.

En esta perspectiva se describe y analiza las competencias desplegadas por la estudiante al desarrollar las sesiones teóricas y prácticas; en esta última, la estudiante visita a la familia para poder aplicar el proceso de cuidar en enfermería. En este contexto vivirá experiencias que le permitirán desarrollar competencias relacionales, claves para el desarrollo personal; por ser un proceso eminentemente interactivo, en el que enfermera y persona cuidada se ayudan mutuamente se podrá lograr el desarrollo, la actualización y la transformación de ambos sujetos (estudiante-familia) hacia mayores niveles de bienestar.⁴⁷ Esto implica una determinación sincera de compartir emociones, ideas, técnicas y conocimientos en un ambiente de cuidado.

En el entendimiento de la investigadora, las competencias relacionales, que deben ser catalogadas como esenciales por las estudiantes, son: sociolingüística, creatividad, trabajo en equipo, gestión del conocimiento y liderazgo. A continuación analizaremos cada una de ellas.

Docentes y estudiantes refieren que durante el cuidado a la familia las estudiantes desarrollaron la habilidad para formular enunciados gramaticalmente correctos y socialmente apropiados, teniendo en cuenta el respeto por la dignidad y ciudadanía de la familia cuidada, la misma que posee valores, convicciones, intereses y poder de decisión sobre su vida y su salud. A esta macrohabilidad se le denomina *competencia sociolingüística*.⁴⁸

El desarrollo de esta competencia es mediada por la experiencia, las necesidades, motivaciones y la acción, sobre todo, por estar en contacto directo con la familia; así lo revelan los siguientes discursos:

...las estudiantes logran, por ejemplo, desarrollar una comunicación adecuada, caracterizada por la confianza, asertividad, empatía en la interacción. Todo esto se vive con la familia, esta les llega a confiar aspectos importantes e íntimos. Definitivamente, se nota que lograron un buen nivel de confianza en la interacción con la familia. (Docente-Piscis).

...en la primera semana, el primer día la estudiante contacta a la familia y establece una relación de confianza esto es muy importante. Hemos notado que la madre manifiesta abiertamente sus preocupaciones, porque encuentra un espacio y una persona que la escuche... (Docente-Aries).

Resaltamos las características que mencionan las docentes que facilitan el éxito de la comunicación: confianza, asertividad y escucha activa, las misma que la estudiante tiene la oportunidad de ejercitar durante el contacto con la familia, es decir, en la misma práctica, veamos:

Aprendimos mucho, aplicamos en la práctica lo que nos decían en la teoría, desarrollamos bastante la comunicación asertiva al entablar confianza y al actuar frente a los problemas que tenían... (Estudiante-Azucena)

Con la familia he fortalecido mi capacidad de comunicación, ahora puedo conversar con facilidad con sus miembros, ha generado confianza en mí mismo. (Estudiante-Amapola).

Los discursos reflejan el contenido emocional de la comunicación, se debe tener la capacidad para empatizar y comprometerse con la persona cuidada, así, la estudiante de enfermería será vista como una persona cálida, empática, que no juzga sino que brinda la ayuda profesional.

La investigadora plantea que esta competencia desarrollada en el proceso formativo desde el aula, en la interrelación que se establece entre docente-estudiante y entre los estudiantes mismos, se refuerza en la práctica cuando brinda cuidado a la familia. Es importante resaltar el papel de la práctica en la formación profesional de la enfermera, será en este espacio, donde el estudiante desarrollará competencias, como la sociolingüística, para lograr que la familia le tenga confianza y se comprometa con el cuidado familiar, así lo revela el siguiente discurso:

(...) al principio tuvimos que entrar en confianza con la señora para que participe y nos dé información y para que nos deje hacer el examen físico. Al principio no colaboró, pero en el segundo día sí... (Estudiante-Amapola).

...para ganarme la confianza de la familia, hablo con mucho respeto, amor, honestidad, amabilidad, en un tono adecuado, con su lenguaje, como si vivieras en su comunidad. (Estudiante- girasol).

Esta competencia demanda de una serie de cualidades: empatía, respeto, confianza, interés, consideración, atención, entre otras. Y en qué momento se ponen en acto, pues, al tratar de comprender la situación de la madre, padre, hijos u otro integrante de la familia que le manifiestan sus preocupaciones, necesidades, problemas y también sus alegrías, así lo evidencian los siguientes discursos:

...había escuchado que debíamos ser empáticas, pero no sabía qué era 'empatía'. En realidad, lo aprendí desde el primer ciclo, las profesoras nos dijeron que la empatía era ponernos en el lugar de las personas. Si esa persona está pasando por un problema, actuar empáticamente es entenderla, para de esa manera ayudarla... nos damos cuenta de lo que piensa y sufre la persona... hay que expresarle cariño, afecto. Así he

desarrollado poco a poco la empatía, no diría que siempre soy empática, pero siento que estoy progresando, trato de pensar como ellas, “ponerme en sus zapatos”... si tienen un problema, una dificultad, inmediatamente pienso en cómo ayudarla... La confianza que ahora tengo en mí, la transmito también a la familia, tengo mayor facilidad para comunicarme con ella. (Estudiante- Girasol).

La relativa facilidad de las estudiantes para desarrollar la competencia sociolingüística puede estar relacionada con algunos rasgos del perfil sociodemográfico de las mismas, como es el hecho de que la mayoría de ellas proceden de los distritos de la región Lambayeque, esto hace suponer que comparten algunos rasgos culturales. Por otra parte, al estar en contacto con familias constituidas de manera similar a la de ellas (monoparentales, nucleares o extensas) facilita la interrelación; asimismo, el que todas las estudiantes sean cristianas posiblemente ayude a compatibilizar su concepción de familia y del cuidado familiar con el de las familias cuidadas.

Por otro lado, las vivencias de las estudiantes referidas a los conflictos en sus familias, a la situación social y económica en la que se desenvuelven (la mayoría de ellas proviene de familias con recursos económicos medio a bajo), las hace más receptivas para identificar las relaciones, necesidades y problemas con la familia cuidada: fácilmente logran establecer una comunicación fluida. Esta situación pone en evidencia el carácter responsivo del cuidado, tal como lo plantea Waldow:²³ “la capacidad de cuidar es evocada en respuesta a alguien o a algo, a quien o al cual se atribuye alguna importancia y representa un valor” (p. 27).

El desarrollo de la competencia sociolingüística en el cuidado de la familia, revelado en este estudio, también fue planteado por Cardoso *et al.*¹², ya que refieren que el proceso comunicacional es un medio instrumental de las actividades en la estrategia Salud de la Familia.

Esta competencia, que engloba la capacidad para establecer relaciones socioculturales e interactuar con el medio, es esencial para el cuidado enfermero, por el carácter interactivo del mismo. Por ello, el proceso formativo desarrollado con la familia en la vivienda es fundamental para el desarrollo de la competencia sociolingüística del estudiante, al adecuar su comunicación verbal y no verbal al contexto en el que brinda cuidado y el establecimiento de un ambiente de cuidado tanto en el aula como en la vivienda. Destacamos que la principal limitante para lograr esta competencia puede ser el escaso tiempo asignado al cuidado familiar.

Así como la competencia comunicativa, la creatividad es esencial para el cuidado enfermero y, según docentes y estudiantes, fue desarrollada durante el proceso formativo en el cuidado familiar. Esta competencia se evidencia en la capacidad para generar formas no habituales de hacer cosas, de resolver problemas o de abordar situaciones y de proponer nuevas ideas, procedimientos y finalidades para optimizar los recursos disponibles⁴⁹ con los que contó la familia y la propia estudiante.

El desarrollo de la creatividad es básico en el desempeño de cualquier profesión, más aún en enfermería, dada la complejidad, diversidad y dinamismo del objeto de esta disciplina. En este sentido, en el proceso formativo se generaron espacios en las asignaturas de Enfermería Básica I y Enfermería Básica II, en el que cada equipo de estudiantes, conformados por dos o tres integrantes, asumió como tarea el cuidado a la familia asignada. En la complejidad de esta tarea, la estudiante cuidó a familias con estructura, dinámica y condiciones socioeducativas diversas, dándole la oportunidad de desenvolverse con autonomía, independencia y originalidad, y de facilitarle el descubrimiento y producción del conocimiento. Así lo revelan los siguientes discursos:

También he desarrollado bastante mi creatividad porque he tenido que buscar la forma de llegar a las personas, utilice un sinnúmero de estrategias para ayudar a las personas...Las situaciones a las que me enfrenté, hicieron que poco a poco incremente mi creatividad. (Estudiante- Girasol).

...las estudiantes son muy creativas para seleccionar estrategias que permitan que la madre u otro familiar capte la información y la internalice, logrando muchas veces cambios de conducta (Docente-Aries).

La creatividad fue impulsada por el desarrollo de metodologías activas grupales, organizadores gráficos para la presentación de tareas, pero sobre todo, por el contacto con la familia en escenarios complejos e inciertos, que se dio con la finalidad de promover la participación comprometida de sus miembros y de ofrecer información y educación para la salud, mejora de sus estilos de vida y actuación sobre los determinantes de la salud. Sin embargo, nuevamente el poco tiempo asignado al cuidado familiar se constituye en una limitante del proceso formativo que requiere ser corregido.

La creatividad del estudiante, componente principal del saber estético que requiere el cuidado enfermero,⁵⁰ se vio reflejada en la disponibilidad para acudir a la familia, comprender su experiencia, sin dejar que fluyan y se expresen sentimientos fundamentados en los valores, en una sana sensibilidad, y en una habilidad y conocimiento acertados.

La creatividad se fortaleció con el trabajo en equipo. Esta competencia también fue desarrollada en el cuidado a la familia: la estudiante fue consciente que no solo bastaba conocer las tareas y el funcionamiento del conjunto, sino también, tuvo necesidad de desarrollar una serie de habilidades y comportamientos necesarios para promover las tareas eficaces del equipo conformado para brindar dicho cuidado.

La estrategia de abordar el cuidado familiar entre dos o tres estudiantes por familia fue fundamental para desplegar la disposición

entre ellos en la realización de actividades con objetivos comunes: intercambio de información, asumir responsabilidades, resolución de dificultades y contribución al avance colectivo.⁵¹ Así lo revela el siguiente discurso:

...la otra competencia lograda fue trabajar en equipo no solo con mi compañera, sino también con la profesora y familia, específicamente con la madre de la familia y sus hijitos, logramos que ellos participen y se entusiasmen... (Estudiante- Geranio)

Por el bienestar de la persona, el cuidado enfermero siempre requirió del trabajo colaborativo con los miembros del equipo de salud e inclusive con otros sectores. Actualmente dada la complejidad del contexto, se ha convertido en una exigencia trabajar colaborativamente para conseguir resultados.

En el escenario del cuidado familiar, se requiere trabajar basados en objetivos comunes, asumiendo roles adquiridos o funciones predeterminadas. Esta complejidad genera diferentes situaciones que demandan de diversas habilidades, altos niveles de conocimiento, respuestas rápidas y adaptabilidad. Es a través de los equipos donde se pueden desarrollar todas estas características, por ello, la competencia de trabajo en equipo es esencial en el enfermero y puede resultar un punto clave y una ventaja competitiva, al aumentar la productividad, la innovación y la satisfacción por el cuidado brindado.

Dada la importancia del trabajo en equipo en el proceso formativo, las docentes han incorporado estrategias metodológicas de enseñanza que lo promuevan. Así lo reveló el análisis de los sílabos, están planificadas estrategias como: estudio de caso, técnica coloquial, *simposium*, proyectos, (específicamente la asignación del cuidado a la familia en equipo de dos a tres estudiantes). Estas estrategias generan en las estudiantes identidad, al establecer un vínculo con los integrantes del equipo; comunicación, al compartir información, actuar de forma concertada y posibilitar su

funcionamiento óptimo; puesta en práctica de las acciones y estrategias de acuerdo con los objetivos acordados; capacidad de planificar y regular para avanzar en sus objetivos; resolución de conflictos surgidos; e incorporación de elementos de mejora que impulsen su crecimiento personal como del equipo. Para lograr todos estos beneficios se requiere que se le asigne a esta experiencia, espacios amplios y sostenidos en el proceso formativo.

A la comunicación, creatividad y trabajo en equipo se agrega la *gestión del conocimiento* como competencia generada en el proceso formativo del cuidado familiar. La estudiante muestra capacidad de relacionar de forma altamente estructurada datos, información y conocimiento de un determinado objeto, permitiéndole actuar efectivamente basado en un determinado valor y contexto.⁵²

La gestión del conocimiento del estudiante se mostró en la capacidad para recoger información estratégica, organizarla, procesarla, asimilarla, evaluarla y aplicarla para resolver problemas que se presentaron en el cuidado familiar. Esta competencia es iniciada, según los estudiantes con una asignatura de carácter general que se ofrece en el primer ciclo, generando en ellas la capacidad de buscar información fiable utilizando las nuevas tecnologías de la información y comunicación, así lo muestran los siguientes discursos:

... tuve que utilizar lo que la profesora de métodos de estudio nos enseñó, a buscar información, porque no se trata de buscar, buscar sino de hacerlo en fuentes serias. Indago en NANDA, Kozier, Tortora, Potter, porque eso me ayuda a realizar el análisis de mi proceso de enfermería. (Estudiante-Liz)

La estudiante del primer y segundo ciclo tiene escaso conocimiento para el cuidado familiar, iniciándose en la ciencia de enfermería y en las otras ciencias de la salud, por lo que debe revisar información para entender las necesidades y problemas que se presentan en la familia,

además, debe procesar en el más breve plazo la información para asegurar la continuidad y pertinencia del cuidado que ofrecen a la familia:

...la estudiante aprende a (...) buscar información porque hay muchos aspectos que la estudiante del primer ciclo no lo sabe. (Docente-Capricornio)

Para poder comprender las necesidades o problemas de la familia y tomar decisiones, la estudiante tiene que desarrollar sus habilidades de búsqueda, procesamiento, selección y organización de la información que facilitarán su proceso de aprendizaje; sin embargo, fueron pocos los estudiantes que refirieron el desarrollo de esta competencia, posiblemente por las dificultades que provienen de su entorno, como es, la falta de cultura basada en el conocimiento científico y limitado acceso a los sistemas de información, pues a pesar que las estudiantes (92% de las participantes) cuentan en casa con Internet, reconocen que no acceden a revistas indexadas ni a la biblioteca virtual. A esto se le suma el horario de clases programado (mañana práctica hospitalaria o comunitaria y en la tarde clases de otras asignaturas) que les deja poco tiempo para acudir a la Biblioteca de Enfermería, limitando muchas veces la búsqueda bibliográfica para tomar decisiones con evidencia científica para el cuidado familiar.

El docente, conocedora de esta problemática, contribuye al cuidado de la estudiante, tratando de disminuir su estrés, facilitándole el acceso de la información al indicarle las fuentes de información física o electrónicas que puede consultar, tal como se evidencia en el siguiente discurso:

... las profesoras nos guiaron mucho, nos explicaban y nos indicaban inclusive en qué libro o fuente encontrar información confiable. (Estudiante- Tulipán)

Asimismo, al organizar la experiencia para el cuidado familiar en equipo, la docente promueve también la gestión del conocimiento, porque el cuidado a la familia se constituye en un proyecto de aprendizaje de las

estudiantes. Estas deben organizarse para obtener y procesar información que les permita ampliar su conocimiento individual y organizacional (cada equipo es una organización), que contribuya al cuidado familiar.

Otra competencia que también fue desarrollada, aunque solo por una participante, fue la de *liderazgo*. Esta es desplegada cuando la familia u otro compañero acepta y sigue las recomendaciones del estudiante porque las considera correctas y beneficiosas para alcanzar un objetivo valioso; para ello, es necesario mostrar dominio del conocimiento y competencia comunicativa para promover que las personas sigan las indicaciones del líder,⁵³ así lo demuestra el siguiente discurso:

Otra competencia que he desarrollado un poquito es liderar, para ello me preparo, para realizar alguna charla leo bastante, para demostrar que dominó el tema, voy preparada y eso me da liderazgo, porque tengo seguridad. (Estudiante- Girasol)

El hecho que solo una estudiante manifieste que ha desarrollado esta competencia es preocupante, porque revela que pese a que está explicitada en el perfil del egresado plasmado en el documento curricular 1999 de la Escuela y en los sílabos de ambas asignaturas, no se están generando experiencias formativas efectivas para promoverla, para ello, se deben vencer los obstáculos que el mismo proceso y el contexto presentan para desarrollar el liderazgo en las estudiantes.

Refiriéndonos específicamente al proceso formativo, una de las debilidades puede estar relacionada con la actitud que asumen algunas docentes al convertirse en el eje central del proceso, desplazando a la estudiante, haciéndola sumisa, con poca iniciativa, sin oportunidad de desarrollar su liderazgo. Otro aspecto es el tiempo que se le asigna al cuidado familiar que no es suficiente para que adquiera el conocimiento y las habilidades personales que le permitan ejercer liderazgo, se sigue estrictamente una programación de ocho o doce días para el cuidado familiar, tiempo que es considerado por muchas estudiantes, e inclusive por docentes, como escaso. Todas estas situaciones generan que muchas

de las estudiantes no desarrollen su capacidad de liderazgo. Así se muestra en el siguiente discurso:

A mi parecer es muy poco el tiempo... en el primer ciclo estas experiencias no se dan porque tienen muy poco tiempo, es una práctica en tres días o seis días.... (Docente- Capricornio)

El escaso tiempo para abordar la complejidad que significa el cuidado familiar propicia en la estudiante un cuadro de estrés que muchas veces limita su capacidad de interiorizar información, de tomar decisiones y de generar una comunicación y conducta propias de un líder. Más bien se limita a recolectar información y repetirla mecánicamente y se aleja de toda opción de liderazgo para con su equipo de trabajo y con la familia. Por otro lado, la persistencia en algunos docentes de priorizar el manejo de técnicas y de las habilidades instrumentales resta mucho tiempo al trabajo de los procesos cognoscitivos, de las habilidades intelectuales y de la capacidad de liderazgo⁵³.

Desde el punto de vista contextual, el escaso desarrollo del liderazgo en la estudiante puede estar relacionado con su ambiente familiar. Muchas de ellas provienen de familias tradicionales con padres autoritarios que dan normas y directrices descalificándolas cuando cuestionan, e incluso otorgándoles un castigo por tal o cual conducta; ellas crean una actitud de dependencia y se acostumbran a esperar la indicación del padre.

El análisis de los discursos permitió identificar las competencias relacionales desarrolladas en la estudiante; sin embargo, el análisis documental reveló que las competencias: creatividad, trabajo en equipo y gestión del conocimiento no están consideradas en los sílabos y solo se han previsto contenidos, estrategias de enseñanza y criterios de evaluación para la competencia sociolingüística.

Esta situación se debe a que pese, que las docentes refieran que la enseñanza deba centrarse en el cuidado, en realidad siguen preocupadas

por desarrollar aspectos referidos a las alteraciones, problemas y necesidades que se puedan presentar en la familia ya sea dentro de su ciclo vital o ya sean producto de patologías que puedan presentar sus miembros. En ese sentido en los sílabos se plasman competencias y contenidos referidos a estos aspectos y no se planifican las competencias, contenidos y experiencias de aprendizaje que revelen que el cuidado es el centro del proceso formativo. Esta situación merece ser reflexionada ya que la enseñanza centrada en el cuidado requiere de una armonía entre la filosofía de formación con la filosofía de vida del docente.

Estas competencias al no estar planificadas, tampoco han sido consideradas en la evaluación. La revisión de los instrumentos de evaluación del estudiante revela que ningún criterio evalúa la capacidad de la estudiante para la gestión del conocimiento, el trabajo en equipo y para producir ideas originales que sean útiles y apropiadas para el cuidado de la familia, así también lo reveló el discurso de docentes y estudiantes:

Para evaluar al estudiante lo hacemos indirectamente en el momento en que expone su informe del proceso de enfermería, le preguntamos y vamos infiriendo qué es lo que la estudiante ha aprendido. No tenemos una guía específica de familia, sino solamente una guía referida a los pasos del proceso de enfermería. (Docente- Capricornio)

Esta realidad refleja que aún en las docentes existe el prejuicio contra lo subjetivo que representa la creatividad en particular y la estética en general, y la poca valía que le otorgan al trabajo en equipo y a la gestión del conocimiento, situación que hecho que reciba poca atención en la formación del profesional de enfermería.

Pese a las limitaciones descritas en el proceso formativo, se ha impulsado el desarrollo de competencias relacionales que buscaban contribuir al desarrollo personal del estudiante (condición esencial para el cuidado). Esta situación respalda la necesidad de que el proceso formativo se cimiente en potenciar el “Ser” del estudiante, porque su desarrollo

implica fortalecer su competencia para establecer relaciones inter e intrapersonales efectivas que demanda el cuidado enfermero.

El desarrollo de la estudiante está relacionado con el fortalecimiento de su autoconcepto, autoestima e inteligencia emocional que implica la comprensión y regulación de las emociones para establecer relaciones interpersonales en un contexto social particular.⁵⁴ Estos procesos están influidos por el contexto familiar, académico y social de la persona, pero hemos de precisar que en esta investigación solo nos estamos centramos en el contexto académico. En este escenario las estudiantes al estar en contacto con la familia tuvieron experiencias positivas y negativas (sobre todo, cuando las familias no las reciben), las mismas que contribuyeron a fortificar su perseverancia, confianza, autoestima, comunicación, creatividad, sensibilidad y espiritualidad, todo lo cual repercutirá en su desarrollo personal. Así lo apreciamos en los siguientes discursos:

Ahora ya tengo mayor seguridad y confianza en mí misma para poder ayudar a otras personas, al principio adolecía de esto, pero poco a poco he ido ganando esa confianza en mí misma. Gracias a ello puedo transmitir esa confianza a la familia y tengo mayor facilidad para comunicarme con cada uno de sus miembros. (Estudiante- Girasol)

Otra fortaleza del trabajo con la familia es la oportunidad de hacernos más sensibles a las necesidades de las personas con mayores carencias. Estas experiencias incluso ayudan a valorar más, inclusive, lo que tenemos en casa. Además me permitieron desarrollar la capacidad de querer ayudar a otro, creo que nos hace más sensibles, nos desarrolla nuestra espiritualidad, nos hace más humanas, nos permite ayudar, colaborar con las personas más necesitadas. Uno se enriquece no solo con la información, con la investigación, sino también nos enriquecemos espiritualmente. (Estudiante- Tulipán)

Particular importancia tiene el desarrollo de la espiritualidad, por ser una fuerza dinámica que permite trascender y que se expresa a través del cuerpo, el pensamiento, los sentimientos, los juicios y la creatividad, y por enfocarse en los valores humanos y las creencias o principios que guían o direccionan la propia vida. A través de la espiritualidad se puede dar y

recibir amor, responder y apreciar a Dios, a otras personas y valorarse uno mismo. En definitiva, su importancia radica en el hecho de dar forma y significado al ser, al saber y al hacer del estudiante.⁵⁵

En la estudiante de enfermería que está potenciando su capacidad innata de cuidar, el desarrollo espiritual es vital porque incrementa su capacidad de amar, la misma que se expresa en la compasión, en la habilidad de tener afecto y de aceptar a otras personas y situaciones. Y todo esto será posible en la medida en que se acepte y se ame a sí misma, en otras palabras, mediante el desarrollo de su *autoconocimiento* y *autoestima*, componentes esenciales de la identidad personal.

Destacamos el impacto de la práctica con la familia como parte del proceso formativo de la estudiante, porque al estar en contacto con sus miembros tendrá la oportunidad de percatarse de sus valores, ideales, fortalezas y debilidades; y a partir de ello identificará la necesidad de mejorar para convertirse en lo que quiere ser.

Los docentes y la familia cuidada desempeñan un rol fundamental en el desarrollo personal de la estudiante, ya que en esta interrelación se podrá generar un ambiente de cuidado caracterizado por expresiones de confianza, respeto, consideración, interés, atención, etc. y además porque es una oportunidad para que la estudiante sea empoderada, reconocida y aceptada como es; una ocasión para que fortalezca su autoestima, asertividad y su inteligencia emocional. En este ambiente la estudiante se expresará de forma auténtica, mostrará preocupación por el otro, actualizará información, ofrecerá apoyo y demostrará comportamientos de cuidado²¹ (cuida porque también se siente cuidada por otros: docentes y familia). Las actitudes de esta interrelación se muestran en los siguientes discursos:

... las profesoras nos decían que teníamos que tratar a la familia, como si fueran las nuestras, como si estuviéramos en frente de nuestra propia familia, como si la conociéramos; teníamos que quererlas, amarlas, tenerles confianza. Aunque esto no era fácil, poco a poco nos ganamos esa confianza, quizá por el hecho de que antes de ir a la familia, discutimos y socializamos en grupo. (Estudiante Girasol)

La familia es muy buena: nos acogía, nos esperaba, confiaba en nosotros, siempre nos decía que volviéramos pronto. (Estudiante Tulipán)

El análisis global de las competencias relacionadas permite precisar que las primeras competencias analizadas (sociolingüística, creatividad y trabajo en equipo) fueron mencionadas por la mayoría de estudiantes, mientras que con las últimas (gestión de la información y liderazgo) no sucedió lo mismo (fueron mencionadas por dos y una participante, respectivamente). Esta situación se dio probablemente por las fortalezas y debilidades que se presentaron durante el proceso formativo. Recordemos que una debilidad común fue el escaso tiempo asignado al cuidado familiar, mientras que una fortaleza común fue la práctica con la familia en equipo de estudiantes.

Asimismo, se debe tener presente que el proceso formativo es, en esencia, un proceso interactivo al igual que el cuidado, que promueve el desarrollo de competencias relacionales (denominadas por Tobón, como *genéricas o transversales para la vida* porque son fundamentales para alcanzar su realización personal y contribuir con el equilibrio ecológico), pero que requiere ser fortalecido programando dichas competencias en el currículo y en los sílabos, instituyendo al cuidado como eje transversal del currículo, y desarrollando proyectos formativos para el cuidado a partir del primer ciclo de formación en las asignaturas básicas de la profesión. Todo esto propiciará a que la estudiante muestre amor y preocupación por la familia, mediante un comportamiento deliberado de respeto, amabilidad, honestidad, reciprocidad.

La descripción, análisis y discusión del proceso formativo para el cuidado familiar desarrollado en la Escuela de Enfermería en estudio, permitió diseñar un esquema conceptual del proceso formativo que oriente el desarrollo de competencias para el cuidado familiar de enfermería, teniendo como referencia los presupuestos de Waldow y Chinn. A continuación lo presentamos.

CAPÍTULO IV

PROPUESTA DEL ESQUEMA CONCEPTUAL

Después del amplio análisis realizado a través de las dos grandes categorías, se plantea el siguiente *esquema conceptual del proceso formativo en el desarrollo de competencias para el cuidado familiar*, que parte de la convicción que este proceso debe fortalecer el “Ser” que incorporen para sí la estudiante y el docente; así mismo, parte de la filosofía del cuidado, que plantea desarrollarnos en un ambiente de cuidado, donde las estudiantes aprendan a cuidar profesionalmente. En este sentido es indispensable implementar un currículo basado en el enfoque socioformativo que facilite la formación de las competencias, a partir de la articulación de la educación con los procesos sociales y ambientales que afecten a la familia, con los intereses, autorrealización y la vinculación laboral de las estudiantes.

Específicamente para asegurar la vinculación laboral referida al cuidado familiar se plantea que la familia sea considerada como una comunidad de cuidado, por lo que el proceso formativo debe asegurar el desarrollo de competencias en el estudiante que les permita contribuir al

bienestar de la familia cuidada. Es decir, se deben formar a enfermeras competentes para impulsar la capacidad de cuidado de la familia, que le permita identificar su importancia, evaluar las actividades que realiza y las que debe adoptar para lograr el bienestar familiar. Dada la complejidad y dinamismo de esta tarea, se necesita de un currículo con enfoque socioformativo, por ser un macro proceso sistémico en continuo cambio y autoorganización que toma en cuenta el contexto para realizar reajustes requeridos que aseguren la pertinencia en la formación.

En este sentido, el currículo se convierte en un espacio de formación para estudiantes, docentes, directivos y personal administrativo, porque cada uno de estos actores asumirán roles que faciliten la formación del estudiante al aplicar las cinco estrategias elementales que detallamos:

1. El cuidado debe ser el eje transversal del currículo por lo que todos los docentes deben desarrollar un ambiente de cuidado en sus sesiones de aprendizaje, por ello, se requiere que la autoridad que gestiona el currículo capacite a nivel interdisciplinario (docentes enfermeros y docentes de otras áreas) con respecto a enseñanza para el cuidado, cuidado familiar. De este modo, el docente estará en condiciones de seleccionar estrategias que fomenten actitudes de cuidado como: respeto, confianza, tolerancia, consideración, responsabilidad, solidaridad, empatía, entre otros; promoviendo la práctica habitual de la metacognición, a partir de su propia actuación como mediador del aprendizaje; así mismo el estudiante aprende a cuestionar su participación en el proceso formativo, identificando fortalezas y debilidades que deberá superar. En este ambiente de cuidado la estudiante se sentirá cuidada, fortaleciendo su capacidad innata de cuidar.
2. La familia debe conceptualizarse como una comunidad de cuidado, impregnada de cultura, historicidad y capacidad de promover su bienestar, pero al ser un sistema dinámico e interactivo demanda

que el proceso formativo de las futuras profesionales que la cuiden sea flexible y contextualizado en un enfoque socioformativo. El mismo que exige trabajar a través de proyectos formativos que aborden el proceso de cuidar a la persona y familia con prácticas basadas en identificar, interpretar, argumentar y resolver problemas del contexto; y que busquen formar y poner en acción de manera articulada los diversos saberes, con reflexión, creatividad, análisis y colaboración, teniendo en cuenta los valores. Así se asegurará una formación orientada al cuidado: con la meta de adquirir y vivenciar las competencias previstas.

3. Las competencias para el cuidado familiar deben explicitarse en el currículo, de este se desprenderán los sílabos que orientarán específicamente a los proyectos formativos, que integrarán un conjunto articulado de estrategias que se van desplegando en el tiempo para resolver un problema contextualizado en una red de situaciones en constante cambio y organización, en las que hay una continua valoración que posibilita la retroalimentación necesaria para realizar los ajustes pertinentes de acuerdo a las demandas de la familia y a políticas vigentes.
4. Es necesario implementar proyectos formativos desde el primer ciclo de formación en las asignaturas básicas de la profesión para la enseñanza del proceso de cuidado en enfermería. Siempre teniendo en cuenta la evaluación de las competencias, mediante sus variadas modalidades: autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación. La complejidad del proyecto formativo deberá ser gradual, iniciando una práctica autoaplicada en el primer ciclo, entre compañeros durante el segundo ciclo, y a partir del tercer hasta el octavo ciclo se aplicará a la familia. Con esta modalidad se estará enseñando al estudiante que el cuidado debe empezar por su persona, luego estará en condiciones de cuidar a los demás. Por otro lado, en salvaguarda del principio de beneficencia, se trabajará con la familia cuando se asegure que por lo

menos la estudiante tenga las habilidades básicas en el nivel inicial, para aplicar el proceso de cuidado en enfermería.

5. Desarrollar una gestión de la formación por competencias para el cuidado familiar, estableciendo mecanismos que aseguren la retroalimentación para asegurar la pertinencia en la formación.

Las estrategias mencionadas se direccionan hacia la adquisición de competencias por parte de las estudiantes para facilitar la praxis, desarrollar empoderamiento, consciencia, consenso, incluso involucramiento de la familia en su cuidado. La praxis de la acción reflexiva permitirá que la estudiante elija deliberada y conscientemente intervenciones con la intención de provocar transformación para lograr el bienestar y el empoderamiento de los miembros de la familia. Todo esto a través de muestras de amor y respeto por cada uno de los integrantes de la misma y por su entorno; así como de la manifestación de una consciencia de su pasado y su futuro, y de la disponibilidad por adquirir el significado de las intervenciones que emprendan; asimismo por medio de muestras de su capacidad de consenso y de respeto por la diversidad de cada uno de los integrantes de la familia. En definitiva, mediante el compromiso permanente con la transformación y el cambio consciente.

En coherencia con estos aspectos se requiere que el proceso formativo asegure las siguientes competencias en la estudiante: *comunicativa*, para hacer efectiva la interrelación entre ella y los miembros de la familia; *trabajo en equipo*, para realizar actividades colaborativas con la familia y los otros grupos sociales utilizando el lenguaje apropiado de acuerdo con el contexto sociocultural; *emprendedorismo*, para ejecutar conjuntamente con la familia nuevos proyectos con perseverancia hasta alcanzar las metas planteadas; *gestión del conocimiento*, para que sustente el cuidado familiar con evidencia científica actualizada; competencia para el cuidado familiar

reconocimiento su dinámica y complejidad y competencia para desarrollar investigación que fortalezca el cuidado familiar.

En este sentido, la investigadora, respaldándose en los planteamientos de Tobón,²⁹ propone competencias *genéricas* (fundamentales para alcanzar la realización personal, vivir en sociedad, gestionar proyectos, contribuir al equilibrio ecológico y actuar en cualquier puesto de trabajo o profesión) y *específicas* (propias de la profesión con alto grado de especialización). Las genéricas, denominadas por la investigadora *relacionales*, son también esenciales en el cuidado por el carácter interactivo del mismo, por lo tanto, al complementarse ambas clases de competencias, deben desarrollarse en el proceso formativo, las genéricas en todas las asignaturas y las especializadas en las asignaturas básicas de la profesión.

Competencias genéricas o relacionales:

1. Utiliza el lenguaje oral y escrito para comunicarse en contextos sociales y culturales diversos, empleando diferentes códigos que le permitan ser asertiva.
2. Trabaja en equipo, desarrollando actividades colaborativas para alcanzar los objetivos consensuados entre los miembros de un equipo, mostrando respeto, perseverancia y liderazgo.
3. Desarrolla creativamente proyectos innovadores teniendo en cuenta las oportunidades del contexto afrontando los retos con ética.
4. Gestiona la información, compartiéndola con el que la necesita para solucionar un problema o necesidad.

Competencias específicas o tecnológicas:

1. Cuida a la familia aplicando el *proceso de cuidar en enfermería a la familia*, promoviendo su empoderamiento, respetando sus valores y

cultura; así como reforzando los lazos de amor, solidaridad y la comunicación para el éxito de los cuidados y el bienestar familiar.

2. Investiga acerca de las necesidades y problemas familiares, para generar conocimientos y actuar con mayor impacto en la realidad, considerando los saberes acumulados, el trabajo colaborativo y el compromiso ético.

Tomando como referencia estas competencias, planteamos las competencias por año que podrían guiar la formulación de competencias por ciclo, las mismas que deberán estar explicitadas en los proyectos formativos. La siguiente tabla muestra las competencias genéricas y específicas, cuya complejidad se incrementan a lo largo de la formación. Veamos.

Tabla 10. Competencias genéricas y específicas para la formación para el cuidado familiar.

AÑO	GENÉRICAS	ESPECÍFICAS
Primero	<ul style="list-style-type: none"> - Demuestra competencia sociolingüística. - Trabaja colaborativamente compartiendo información. - Desarrolla intervenciones creativas en el cuidado de su salud y de su compañero. - Recolecta y procesa información confiable. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplica el proceso de cuidar en enfermería a sí mismo y a su compañero asignado promoviendo su empoderamiento. - Elabora un informe de su metacognición referida al aprendizaje desarrollado en la experiencia de aprender el cuidado familiar.
Segundo	<ul style="list-style-type: none"> - Demuestra competencia sociolingüística. - Toma decisiones respetando la postura de los miembros de su equipo. - Desarrolla intervenciones creativas en el cuidado de la familia que no presenta riesgos. - Organiza la información y la utiliza para la toma de decisiones 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplica el proceso de cuidar en enfermería a una familia sin riesgo* promoviendo su empoderamiento y respetando su cultura. - Elabora una revisión bibliográfica de los problemas frecuentes que afectan el bienestar de la familia.
Tercero	<ul style="list-style-type: none"> - Demuestra competencia lingüística gramatical. - Alcanza los objetivos establecidos con su equipo ejecutando las actividades colaborativamente. - Desarrolla intervenciones creativas en el cuidado de la familia que presenta medianos riesgos. - Fundamenta sus decisiones en información científica obtenida de fuentes confiables. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplica el proceso de cuidar en enfermería a una familia con mediano riesgo promoviendo su empoderamiento y respetando su cultura. - Elabora un ensayo referido los problemas frecuentes que afecta el bienestar de la familia y el rol de la enfermera en el cuidado familiar.
Cuarto	<ul style="list-style-type: none"> - Demuestra competencia textual y discursiva. - Alcanza los objetivos establecidos con su equipo ejecutando las actividades colaborativamente. - Desarrolla intervenciones creativas en el cuidado de la familia que presenta alto riesgo. - Fundamenta sus decisiones en información científica obtenida de fuentes confiables. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplica el proceso de cuidar en enfermería a una familia con mediano riesgo promoviendo su empoderamiento y respetando su cultura. - Elabora una investigación descriptiva sobre un problema frecuente que afecta el bienestar de la familia.

*Riesgo familiar: asumido desde el enfoque planteado por el Ministerio de Salud⁵⁶.

El desarrollo de competencias demanda de acciones sostenidas en un periodo de tiempo considerable, por ello proponemos que estas sean trabajadas en escenarios previamente seleccionados de acuerdo a la complejidad que le corresponde por el nivel de estudio de la estudiante.

La integración de las demandas sociales a la formación será posible al implementar los proyectos formativos porque responderán a las demandas cambiantes de la familia y del estudiante. La formulación de estos proyectos se guiará por las competencias genéricas y específicas que deberán ser revisadas continuamente para asegurar la pertinencia de la formación con las demandas sociales. Asimismo, se requerirá de docentes con especialización en el área, que muestren competencias para crear un ambiente de cuidado, para elaborar proyectos formativos, instrumentos de evaluación, seleccionar estrategias y establecer alianzas estratégicas y que integren la investigación, proyección social y extensión a la formación, monitorizando el impacto del cuidado familiar.

Se espera que con la implementación del proceso formativo para el cuidado familiar propuesto, la estudiante desarrolle competencias para el cuidado familiar al fortalecer su desarrollo personal a través del despliegue de sus competencias relacionales o genéricas y de sus competencias tecnológicas o especializadas para cuidar a la familia.

Los planteamientos, discutidos líneas arriba, dieron lugar a la propuesta conceptual que presentamos, en la cual la base del proceso formativo es el “Ser” del estudiante y de las docentes que deben internalizar la filosofía de cuidado, para que la estudiante aprenda a cuidar profesionalmente, considerando los cambios socioambientales donde se desenvuelve la familia, la autorrealización y vinculación laboral del estudiante, requiriéndose para ello, la implementación de un currículo con enfoque socioformativo, que permita aprender el cuidado familiar como proceso complejo, dinámico, intencional y emancipador. En este sentido, se requiere que el cuidado sea un eje transversal del currículo y que se

considere a la familia como comunidad de cuidado. Estos aspectos orientan la formulación de competencias para el cuidado familiar, la implementación de proyectos formativos y la gestión de la formación por competencias, dado lo dinámico y complejo del cuidado familiar.

Con la implementación de estas estrategias elementales se pretende lograr que las estudiantes adquieran competencias para comunicarse, trabajar en equipo, gestionar la información, creatividad, cuidar a la familiar y para investigar en el cuidado familiar, es decir, se logrará estudiantes competentes para el cuidado familiar fortalecidos en su desarrollo personal.

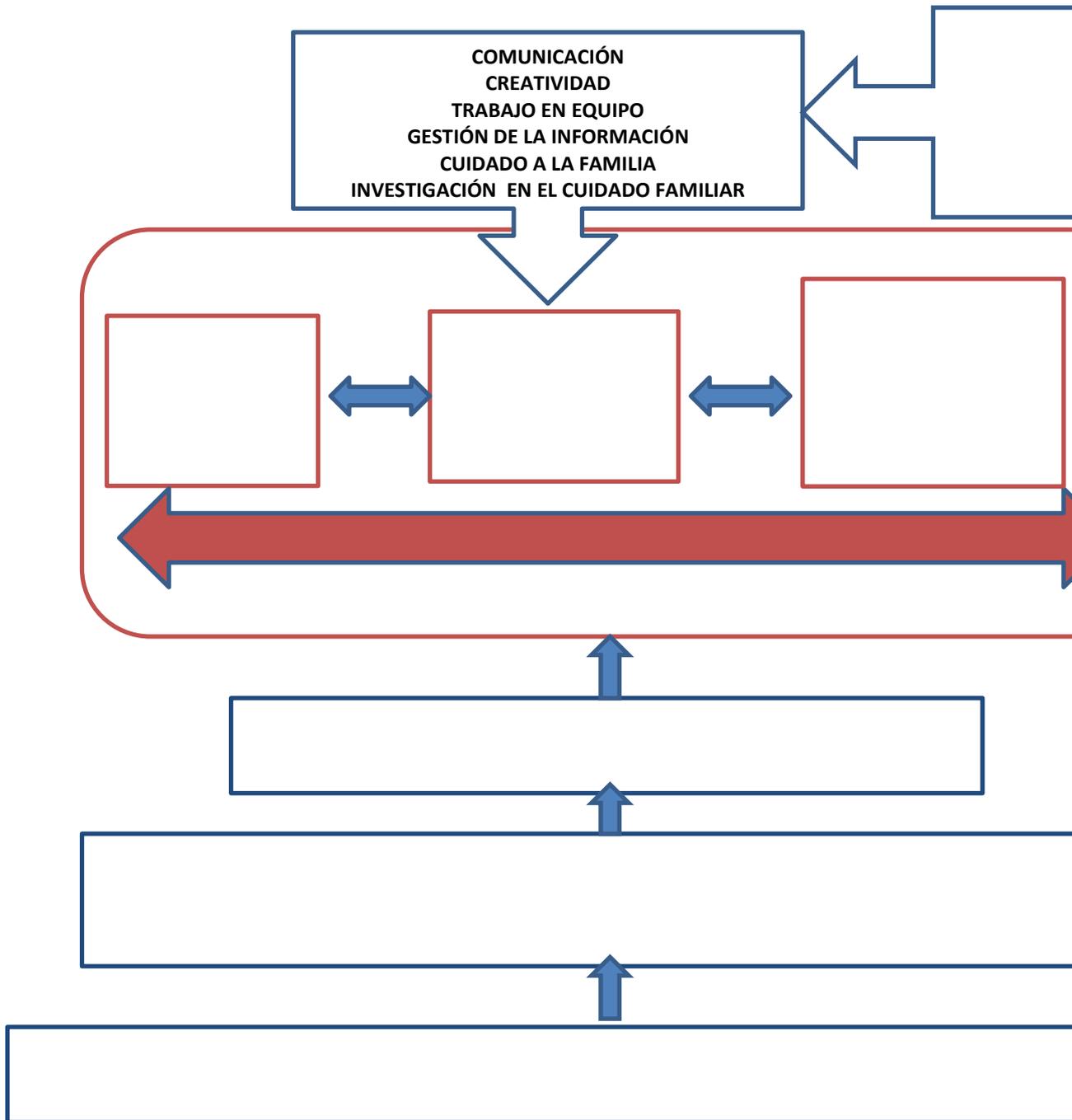


Figura 4. Propuesta Conceptual del proceso formativo para la generación de competencias para el cuidado familiar.

Finalmente, alcanzamos un esquema de la gestión del proceso formativo que pensamos garantizará el éxito del proceso formativo para el cuidado familiar (*Figura 5*). Planteamos una gestión sistémica y, como tal, tiene tres componentes esenciales: *insumo, proceso y salida*.

Los insumos lo constituyen las demandas sociales con respecto a la necesidad de contar con profesionales de enfermería que brinden cuidado a la familia, en este sentido la universidad debe responder a estos requerimientos y adecuar su proceso formativo. Otro insumo también lo constituyen las estudiantes que tienen aspiraciones de ser competentes en el cuidado familiar en un escenario que está valorando el rol de la familia en el bienestar de la persona y por lo tanto de la comunidad.

La gestión del proceso se plantea considerando cinco aspectos básicos: *planificación, organización, dirección, ejecución y control.*

En la planificación del proceso se deberá elaborar los siguientes documentos: el currículo con enfoque socioformativo, sílabos, proyectos formativos para el cuidado familiar en cada asignatura básica del profesión, planes de sesiones de aprendizaje e instrumentos de evaluación basados en las competencias establecidas en cada ciclo.

Se organizarán equipos docentes, los mismos que deberán capacitarse para tener el perfil requerido para conducir el proceso formativo para el cuidado familiar. Asimismo, se conformaran equipos de estudiantes con los que se desarrollará la experiencia (se sugiere que cada equipo no sea mayor de tres personas), se seleccionará a las familias participantes previo consentimiento informado, contactándolas a través de alianzas estratégicas con municipios, instituciones educativas, instituciones de salud, organizaciones no gubernamentales u otras que faciliten el cuidado familiar. Asimismo, se organizará los recursos de apoyo académico como son la biblioteca, centro de cómputo y laboratorio de enfermería.

La dirección del proceso estará a cargo del docente en cada equipo de trabajo y a nivel macro la directora de escuela será la responsable de dirigir este proceso.

En la ejecución se aplicarán estrategias para asegurar un ambiente de cuidado y el pensamiento crítico de la estudiante a través de resoluciones de casos en estudio, proyectos, laboratorios, entre otros. Se acompañará, mediante el asesoramiento, a las estudiantes para que en sus visitas domiciliarias apliquen el proceso de cuidar en enfermería a la familia, según se requiera.

El control lo realizarán docentes, estudiantes y la directora de escuela. El docente, monitoreando a través de los instrumentos de evaluación basados en las competencias establecidas en los proyectos formativos; el estudiante, a través de la metacognición de su proceso de aprendizaje; y la directora de escuela, monitoreará el cumplimiento de los aspectos planificados y el impacto del cuidado familiar.

Finalmente en la salida se tendrá a estudiantes con competencias genéricas y específicas para el cuidado familiar, según año de estudio, y a la sociedad satisfecha por contar con enfermeras competentes para dicho cuidado.

PLANIFICACIÓN	ORGANIZACIÓN	DIRECCIÓN	EJECUCIÓN	CON
Currículo con enfoque socio-formativo Proyectos formativos Sesiones de aprendizaje. Instrumentos de evaluación	Equipos docentes Equipos de estudiantes Familias participantes Alianzas estratégicas: Municipios, ONG, I.E. , Instituciones de salud Recursos de apoyo académico	Docente Dirección de Escuela	Ambiente de cuidado Casos en estudio Discusión y retroalimentación del proyecto formativo. Visitas domiciliarias Aplicación del instrumento metodológico para el proceso de cuidado en enfermería	Mon trav inst de e por doc Met cog los estu Mon por la D de E

Figura 5: Gestión del proceso formativo para el desarrollo de competencias para el cuidado familiar.

CONSIDERACIONES FINALES

Esta investigación cualitativa con abordaje estudio de caso, que usó el método de asociación de contenidos para procesar información, dio lugar a dos categorías, permitiendo lograr el objetivo de describir, analizar y discutir el proceso formativo para el cuidado familiar; una vez logrado este se propuso el cumplimiento de un segundo objetivo, al elaborar un esquema conceptual del proceso formativo que oriente el desarrollo de competencias para el cuidado familiar de enfermería, basado en los planteamientos de Waldow y Chinn.

El proceso curricular para el cuidado familiar se comprende a partir tres subcategorías: 1) La característica integradora en la planificación del proceso formativo, 2) el ambiente de cuidado en la formación del cuidado familiar; y 3) la enseñanza del proceso de cuidar en enfermería a la familia. En esta categoría se observa una débil integración entre los requerimientos sociales de la escuela de enfermería y de las estudiantes; destacándose el rol de la docente en la generación de un ambiente de cuidado. Por otro lado, se describe cómo se enseña el instrumento metodológico que utiliza el profesional de enfermería para brindar cuidado, el cual ha sido dividido didácticamente en cinco etapas, cada una de las cuales presentó limitaciones y la necesidad de modificar la forma de enseñar el proceso de cuidar en enfermería a la familia para desarrollar las habilidades básicas de observación, comunicación, destreza manual, creatividad, trabajo en equipo, pensamiento crítico de la misma estudiante antes de abordar a la familia.

El perfeccionamiento personal del estudiante, como estrategia para el desarrollo de competencias en el cuidado familiar, surge al revelarse las competencias relacionales desarrolladas por las estudiantes: sociolingüística, creatividad, trabajo en equipo, gestión del conocimiento y liderazgo. Tales competencias promueven el desarrollo personal del estudiante porque durante la práctica no solo capacita para el cuidado a la familia, sino también desarrolla su confianza, seguridad, sensibilidad y

espiritualidad. En el perfeccionamiento personal del estudiante, desempeña un rol fundamental la docente y la familia cuidada porque en esta interrelación se genera un ambiente de cuidado, caracterizado por expresiones de confianza, respeto, consideración, interés, atención, todo lo cual hace que la estudiante se sienta bien: reconocida y aceptada como es, confiada y empoderada.

La descripción y discusión del proceso formativo permitió elaborar un esquema conceptual que oriente el desarrollo de competencias para el cuidado familiar de enfermería, teniendo como referencia los presupuestos de Waldow y Chinn, y partiendo de la convicción de que el proceso formativo debe fortalecer el “Ser” del estudiante para que pueda aprender a cuidar en enfermería, siendo indispensable la implementación de un currículo con enfoque socioformativo que permita un continuo cambio y autoorganización en base al contexto en el que se desarrolle la familia, articulando la formación con los procesos sociales y ambientales de la familia con los intereses, autorrealización y vinculación laboral de la estudiante.

Viabilizar este planteamiento requiere implementar estrategias que aseguren que el cuidado se convierta en un eje transversal del currículo, y que permitan abordar a la familia como una comunidad de cuidado. Basándonos en esto se plantean competencias para el cuidado familiar que guíen el diseño de los proyectos formativos, los mismos que deben ser revisados continuamente para asegurar la pertinencia de la formación acorde con las demandas sociales.

El desarrollo de esta propuesta dará como resultado estudiantes competentes para comunicarse, haciendo efectiva la interrelación entre ella y los miembros de la familia; trabajar en equipo, realizando actividades colaborativas con la familia y los otros grupos sociales utilizando el lenguaje apropiado de acuerdo con el contexto sociocultural; ser emprendedores, ejecutando conjuntamente con la familia nuevos

proyectos con perseverancia hasta alcanzar las metas planteadas; gestionar el conocimiento, sustentando el cuidado familiar con evidencia científica actualizada; cuidar a la familia reconociendo su dinámica y complejidad y competente, desarrollando investigación que fortalezca el cuidado familiar. De estas competencias se desprenden las competencias por año, que guiarán a las competencias por ciclo que deberán estar explicitadas en los proyectos formativos, teniendo en cuenta niveles crecientes de complejidad.

Para asegurar el éxito del proceso formativo se requiere implementar una gestión curricular basada en un enfoque sistémico, que será perfeccionado en la medida que sea puesto en práctica permitiendo responder a la demanda social del siglo XXI: el cuidado familiar.

Es necesario precisar que la limitación del estudio se manifestó en la imposibilidad de observar el cuidado y de entrevistar a la familia objeto del mismo. La superación de esta limitación hubiera permitido la descripción más detallada del cuidado familiar.

La contribución de esta investigación es la conceptualización referida al “cuidado familiar” y a la “familia como comunidades de cuidado” que dieron origen al esquema conceptual del proceso formativo para el desarrollo de competencias en el cuidado familiar.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

1. A la *Dirección de Escuela de esta universidad*, que socialicen la propuesta y discuten su factibilidad para implementarla.
2. A las *Escuelas de Enfermería de las universidades peruanas*, que revisen el proceso formativo para asegurar la pertinencia en la formación, la misma que debe estar acorde con las demandas sociales, esto es contar con enfermeras competentes para el cuidado familiar. De ser necesario que desarrollen la propuesta aquí presentada, porque en la medida que sea aplicada será perfeccionada.
3. A las *docentes de enfermería*, que asuman el “cuidar” como una filosofía de vida y lo incorporen en su práctica docente, implementando un ambiente de cuidado, capacitándose permanentemente, gestionando la formación basada en competencias para el cuidado familiar, de esta manera alcanzarán el desarrollo personal del estudiante en su adquisición de competencias para el cuidado familiar.
4. A las *estudiantes de enfermería*, que busquen estrategias que les permita desarrollar sus competencias relacionales o genéricas y las especializadas o tecnológicas que las lleve a su autorrealización, porque solo con estas condiciones se convertirán en las profesionales de enfermería que demanda el país y la humanidad.
5. Se sugiere se realicen otras investigaciones que permitan complementar la propuesta referida a los instrumentos para evaluar las competencias para el cuidado familiar o conocer la percepción de la familia con respecto al cuidado que les brinda la estudiante de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Perú. Colegio de Enfermeros del Perú. Ley del Trabajo de la Enfermera(o) LeyN^o 27669. [Internet] [Visitado 6 de mayo de 2012]. Disponible en http://www.mintra.gob.pe/contenidos/legislacion/dispositivos_legales/ley_27669.htm
2. Perú. Ministerio de Educación. Ley Universitaria N.º 23733. [Internet] [Visitado 3 de mayo de 2012]. Disponible en http://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/10402/PLAN_10402_Ley%20Universitaria_2010.pdf
3. CONEAU. Curso de Especialización en Evaluación de Competencias Profesionales. 2.^a ed., Lima – Perú: Servicentro SRL; 2010.
4. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Currículo 1999. Facultad de Enfermería. Lambayeque: UNPRG; 1999.
5. Manual de promoción de la salud de la familia. Lima Perú: MINSA; 2006.
6. Kozier B. Enfermería fundamental. España: Interamericana Mc Graw Hill; 2008.
7. Potter P y Perry A. Fundamentos de Enfermería. 5.^a ed., Vol. I. España: Harcourt Brace – El sevier; 2001.
8. Johnson B. Enfermería psiquiátrica y salud mental. 4.^a ed., España: Mc Graw Hill Interamericana; 2000.
9. Bravo N. Competencias Proyecto Tuning Europeo. Tuning América Latina. [Internet]. [Visitado 20 de mayo de 2012]. Disponible en http://acreditacion.unillanos.edu.co/contenidos/capacitacion_docente_2semestre_2007/competencias_proyectotuning.pdf
10. Vega Miche R, De Armas Urquiza R. Tuning-América Latina y su compatibilidad con el modelo curricular cubano. Reencuentro 2009: 73-82. [Internet] [Visitado 2 de junio de 2012]. Disponible en Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=34012025007>. ISSN 0188-168X.
11. Valadão Alves Kebian y Sonia Acioli. Visita domiciliaria: espacio para las prácticas de cuidado de salud de enfermeras y agentes comunitarios de salud. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jul/set; 19(3): 403-9.
12. Cardoso Leticia Silveira, Cezar-Vaz Marta Regina, Bonow Clarice Alves, Sant'Anna Cynthia Fontella. Processo comunicacional: instrumento das atividades em grupo na estratégia Saúde da Família. Rev. esc. enferm.

- USP [serial on the Internet]. 2011 Dec; 45(6): 1323-1330. [Cited 2012 July 19] Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600007>.
13. Silva M., Lobato dos Santos Ribeiro, Silva L., Bousso R. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. Rev. Escola de Enfermagem. USP [serial on the Internet]. 2011 Oct; 45(5): 1250-1255. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500031&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500031>. [cited 2012 July 19]
 14. Silva M. Enfermagem de Família: Um contexto do cuidar. (Dissertação de Doutorado em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biológicas Abel Salazar. Universidade do Porto; 2009.
 15. Betancur S. y Gonzales M. Proceso enseñanza-aprendizaje y satisfacción de estudiantes y docentes del programa de enfermería de la Universidad de Caldas. Colombia.
 16. Tanaka S. y Chiesa A. Innovación en el proceso de aprendizaje de enfermería en salud colectiva .DOI:10.1590/S0104-07072010000100014. Disponible de http://www.researchgate.net/publication/47297096_Innovacin_en_el_proceso_de_aprendizaje_de_enfermera_en_salud_colectiva
 17. Balinsk A., Rodrigues C., Freitas C., Edinalva M., Mota A., y Azevedo M. Avaliação da inserção da disciplina saúde da família na Matriz Curricular da Universidade Paranaense (UNIPAR): Sob a ótica do acadêmico de enfermagem.). En la Revista Cienci Cuidado e Saúde. Vol 2. 2003. pp: 69-70.
 18. Díaz K. y Sánchez N. El cuidado cultural de familias de un asentamiento humano en la perspectiva de Leinenger. (Tesis de licenciatura). Lambayeque- Perú; 2011.
 19. Aranda L. y Lavado S. Transitando por la historia de la Enfermería. Lambayeque – Perú: Editora 955.S.R.L; 2005
 20. Organización Panamericana de la Salud. Regulación de la Enfermería en América Latina. Washington: OPS; 2011.
 21. Waldow V. Estrategias de enseñanza en Enfermería. Brasil: Vozes; 2005.

22. Waldow V. Cuidar: expresión humanizadora. México: Editorial Voces Ltda; 2008.
23. Waldow V. El cuidado humano: el rescate necesario. 4.^a ed., México: Editorial Voces Ltda; 2008.
24. Valdivia C. La familia: conceptos, cambios y nuevos modelos. En La Revue du REDIF 2008, Vol 1, pp. 15-22. Disponible en www.redif.org. [visitado 1 jun 2012]
25. Declaración Universal de los Derechos Humanos [Internet] [Visitado 2 de junio de 2012]. Disponible en www.derechoshumanos.net
26. Perú. Constitución Política del Perú. [Internet]. [Visitado 7 de mayo de 2012]. Disponible en dgffsminag.gob.pe/pdf/normatividad/constitucion_politicaperu.pdf.
27. Silva Figueiredo E. Enfermagem de família: um contexto do cuidar. Dissertação de Doutorado em Ciências de Enfermagem. 2009. Instituto de Ciencias Biomédicas Abel Salazar. Universidad de Do Porto.
28. Bustamente S. Enfermería familiar. Principios de cuidado a partir del saber (in) común de las familias. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2004.
29. Tobón S. Formación integral y competencias. Pensamiento complejo, currículo, didáctica y evaluación. 3.^a ed., Colombia: ECOE Ediciones; 2010.
30. Tobón S. El Enfoque socioformativo y las competencias: ejes claves para transformar la educación. En la Revista Experiencias de aplicación de las competencias en la educación y el mundo organizacional. Red Durango de Investigadores Educativos A. C. México 2012, pp. 3-31.
31. Maidana S., Mazza R. y Do Prado M. Los fundamentos filosóficos de la investigación cualitativa. En Investigación cualitativa en Enfermería: contexto y bases conceptuales. Serie Paltex Salud y Sociedad 2000 N° 9. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
32. Fontaura M., De Souza M., Reibnitz K. y Alonso M. El estudio de caso en investigación en Enfermería. En Investigación cualitativa en Enfermería: contexto y bases conceptuales. Serie Paltex Salud y Sociedad 2000 N° 9. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
33. Tójar J. Investigación cualitativa: comprender y actuar. Madrid-España: La Muralla; 2006.

34. Mendka, Ludke. Pesquisa em Educacao. Abordagem Qualitativas. Temas Básicos de Educacao e Ensino. Sao Paulo, 1986.
35. Sánchez E. La investigación cualitativa en la investigación en salud: fundamentos y rigor científico. Universidad Complutense de Madrid. Madrid-España. [Internet] [Visitado 20 de abril de 2012]. Disponible en http://www.carloshaya.net/biblioteca/boletin2_10/formacion.pdf
36. Burns N y Grove S. Investigación en Enfermería. 3.^{er} ed., España: El Sevier; 2005.
37. Peña T y Pirella J. La complejidad del análisis documental. En Información, Cultura y Sociedad. No. 16 (2007) p. 55-81. ©Universidad de Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras. Instituto de Investigaciones. Bibliotecológicas (INIBI), ISSN: 1514-8327. [Internet] [Visitado 12 de octubre de 2012]. Disponible en <http://www.scielo.org.ar/pdf/ics/n16/n16a04.pdf>
38. Porto I., Lavado S., Rodríguez A., Duarte L., Do Espírito F., Farias T., Método de asociación de contenidos: una alternativa para analizar, datos textuales en las investigaciones de enfermería.
39. Sgreccia E. Manuel de Bioética I: Fundamentos de ética biomédica. 4.^a ed., Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2009.
40. Guba, E. G. Criterios de credibilidad en la investigación naturista. En: Gimeno Sacristán y Pérez Gómez (ed.) La enseñanza: su teoría y su práctica. Madrid: Ed. Akal; 1989. pp.148-165.
41. Cassuli Matheus y Fustinoni S. Pesquisa Cualitativa en Enfermagem. Sao Paulo: IMP Editora; 2006.
42. Mantilla M.I. Evaluación del aprendizaje del cuidado para la práctica de estudiantes de enfermería. (Tesis para optar el título de Magíster en Enfermería) Universidad de la Sabana. Facultad de Enfermería y Rehabilitación. BogotaD.C.; 2012
43. Silva Figueiredo MH. Enfermagem de família: um contexto do cuidar. Dissertação de Doutorado em Ciências de Enfermagem. Universidad Do Porto; 2009.
44. Benavent A. Fundamentos de Enfermería. Madrid-España: Impresión Avances en Enfermería; 2005
45. Horta W. Processo de Enfermagem. Rio de Janeiro: Grupo Editorial Nacional; 2011.

46. Chinn P. De los patrones de conocimiento de Carper a las formas de ser: un cambio ontológico-filosófico en Enfermería. *Advances In Nursing Science*. 1995; Vol. 18 (1): 1-13.
47. Medina J. *Pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria*. Barcelona. Editorial Laertes; 1999.
48. Castillo Nava M. La construcción de una competencia comunicativa en el aula como medio para la comprensión de las matemáticas. Universidad Autónoma de Sinaloa. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo* ISSN 2007 – 2619 Publicación # 10 enero – junio 2013 RIDE. Disponible en http://www.ride.org.mx/docs/publicaciones/10/experiencias_innovaciones_pedagogicas/D35.pdf
49. Edwards M. *Creatividad y Competencias Básicas. Jornades per a la Millora de l'èxit escolar: Creativitat i competències bàsiques* CEFIRE de València, 1-2 de juliol, 2010. Disponible en <http://www.slideshare.net/moed/creatividad-y-competencias-bsicas-4832614>
50. Soto Verchér M. *Enfermería. Modelo de teselaciones para la formación superior*. Universidad Nacional de San Luis. Argentina: Nueva Editorial Universitaria; 2009.
51. Torrelles C, Coiduras J, Isus S, Carrera X, París G y Cela J. Competencia de trabajo en equipo: definición y categorización. En *Revista de Currículum y Formación del Profesorado*. Vol 15, N.º 3 (diciembre de 2011). Disponible en <http://www.ugr.es/local/recfpro/rev153COLS.pdf>.
52. Peluffo M, Catalán E. *Introducción a la gestión del conocimiento y su aplicación al sector público*. Chile; Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social- ILPES: 2003. Disponible en <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/7/12167/manual22.pdf>
53. Veliz Rojas, Lizet, & ParavicKlijn, Tatiana. (2012). *Coaching educativo como estrategia para fortalecer el liderazgo en Enfermería*. *Ciencia y enfermería*, 18(2), 111-117. [Internet] [Visitado 13 de octubre de 2013] Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000200012&lng=es&tlng=es.10.4067/S0717-95532012000200012.
54. Valdivia Corre S. (Editor). *El sentido del desarrollo personal*. Círculo Aleph. Chile; 2001. Disponible en <http://www.circuloaleph.com/regalo/sentido.pdf>

55. Sánchez Herrera B. Dimensión espiritual del cuidado de Enfermería en situaciones de cronicidad y muerte. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2004.
56. Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad. Lima-Perú: Ministerio de Salud; 2011.



ANEXO N° 1

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO DIRIGIDO AL ESTUDIANTE

Presentación: Estimada estudiante, solicitamos tu colaboración para realizar el estudio que tiene como objetivo caracterizar y comprender el proceso formativo que se ejecuta para desarrollar tus competencias para el cuidado de la familia. La información es confidencial y será usada solo para fines de la investigación. Gracias por su participación.

Seudónimo: _____ Ciclo: _____ Fecha: _____

Edad:	Sexo:	Estado Civil:	Procedencia:
Religión:	Condición Laboral:		
¿Actualmente con quién vive?			
¿Consideras que existe algún conflicto en tu familia que perjudica tu formación?			
¿Cuenta en casa con computadora e Internet?			
¿Utiliza la biblioteca virtual para revisar información referida a la familia?			
¿Se comunica, usted, con facilidad con su familia?			
¿Se comunica, usted, con facilidad con la familia que le asignaron a su cuidado?			



ANEXO N° 2

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO DIRIGIDO AL DOCENTE

Presentación: Estimada docente, este cuestionario permitirá obtener datos que facilitarán el análisis y discusión de la investigación que tiene como propósito mejorar el proceso formativo del estudiante de enfermería. Muchas gracias por tu participación.

Seudónimo: _____ Ciclo: _____ Fecha: _____

Edad:	Sexo:	Estado Civil:	Procedencia:
Religión:	Grados Académicos:		
	Segundas Especialidades:		
Experiencia asistencial en el cuidado familiar:			
SÍ _____ NO _____			
¿Tiene estudios referidos al cuidado familiar?			
SI _____ NO _____			
¿Qué asignatura desarrolló usted en el ciclo 2012 I?			
¿En cuántos ciclos desarrolló asignaturas que abordaron aspectos referidos al cuidado familiar?			



ANEXO N° 3

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA A LA DOCENTE DE ENFERMERÍA

Presentación:

Estimada docente, solicitamos su colaboración para caracterizar y comprender el proceso formativo que se ejecuta para desarrollar las competencias de las estudiantes para el cuidado de la familia. La información es confidencial y será usada solo para fines de la investigación.

Seudónimo:..... Ciclo académico:.....Fecha:.....
Años de experiencia en la temática:.....Años como docente:.....

1. ¿Cómo se desarrolla el proceso docente educativo con respecto al cuidado de la familia? (competencias establecidas, contenidos desarrollados, estrategias metodológicas aplicadas y evaluación de competencias)
2. ¿Qué fortalezas identificas en la estudiante para el logro de competencias para el cuidado de la familia?
3. ¿Qué obstáculos se presentan para que las estudiantes adquieran competencias para el cuidado de la familia?
4. ¿Consideras que así como se está desarrollando el proceso formativo, las estudiantes adquieren las competencias previstas para el cuidado familiar?
5. ¿Desearías agregar algo más?



ANEXO N° 4

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA A LA ESTUDIANTE DE ENFERMERA

Presentación:

Estimada estudiante, solicitamos tu colaboración para realizar un estudio que tiene como objetivo caracterizar y comprender el proceso formativo que se ejecuta para desarrollar tus competencias para el cuidado de la familia. La información es confidencial y será usada solo para fines de la investigación.

Seudónimo:.....Ciclo:.....Fecha:.....

1. ¿Cómo has aprendido a cuidar a la familia?
2. ¿Cómo evaluaron tus competencias adquiridas para el cuidado familiar?
3. ¿Qué fortalezas o aspectos, que deben ser mejorados, se presentan para el logro de tus competencias para el cuidado de la familia?
4. ¿Desea agregar algo más?



ANEXO N° 5

MATRIZ PARA EL ANÁLISIS DEL DOCUMENTO CURRICULAR

Objetivo:

Identificar los aspectos planificados en el documento curricular dirigidos a desarrollar competencias para el cuidado de la familia.

I. ASPECTOS GENERALES : Documento curricular de 1999		
Año de vigencia:	Total de asignaturas:	Total de creditaje:
1. N.º de asignaturas en las que se desarrolla contenidos sobre el cuidado familiar:		
2. N.º de créditos de las asignaturas en las que se desarrolla contenidos sobre el cuidado familiar:		
3. N.º De horas teóricas de las asignaturas en las que se desarrolla contenidos sobre el cuidado familiar:		
4. N.º De horas prácticas de las asignaturas en las que se desarrolla contenidos sobre el cuidado familiar.		
5. Tipo de organización del plan de estudios: Lineal: Módulos: Proyectos:		

II. ASPECTOS ESPECÍFICOS	S Í	N O	OBSERVACIÓN
A. En el marco Teórico			
6. Se consideran aspectos conceptuales referidos a la familia.			
- Se consideran aspectos conceptuales referidos al cuidado enfermero.			
- Se consideran aspectos conceptuales referidos al cuidado familiar.			
- Se consideran aspectos conceptuales referidos al proceso formativo.			
B. En el marco referencial			
7. Se describe la problemática de la familia a nivel mundial y nacional.			
8. Se describe el rol de la enfermera en el cuidado familiar.			
9. Se identifica como escenario de práctica la vivienda.			
10. En la misión y visión de la Facultad se explicita			

aspectos referidos al cuidado familiar.			
11. Se explicita los escenarios en donde se realizarán las sesiones teóricas prácticas referidas al cuidado familiar.			
C. En el perfil			
12. Se explicita competencias referidas al cuidado de la familia que el egresado debe mostrar.			
13. Se explicita competencias por año o niveles referidas al cuidado de la familia que el estudiante debe mostrar.			
D. Ejes estructurales			
14. En los ejes verticales, horizontales e integradores se abordan contenidos referidos al cuidado familiar.			
E. Plan de Estudios			
15. Se han programado asignaturas referidos al cuidado familiar.			
16. Se han programado asignaturas donde se desarrollen aspectos relacionados a la investigación con la familia.			
17. Se han programado asignaturas donde se desarrollen aspectos relacionados con la gestión del conocimiento.			
F. Sumillas			
18. Se explicitan contenidos referidos al cuidado familiar.			
G. Marco estratégico			
19. Se explicita si se cuenta con docentes capacitados en esta área.			
20. Se explicita el material de apoyo académico y administrativo para desarrollar competencias para el cuidado familiar.			
21. Se explicitan metodologías para desarrollar las competencias requeridas para el cuidado familiar.			
22. Se explicitan criterios relacionados a evaluar las competencias para el cuidado de la familia.			
23. Se han planteado las directrices para elaborar los instrumentos de evaluación para valorar las competencias en el cuidado de la familia.			
24. Se explicita el proceso de supervisión y monitoreo para asegurar el desarrollo de competencias para el cuidado familiar.			



ANEXO N° 6
MATRIZ PARA EL ANÁLISIS DE LOS SÍLABOS

Objetivo:

Identificar los aspectos planificados en los sílabos dirigidos a desarrollar competencias para el cuidado de la familia.

Sílabo: _____

CRITERIOS	TEXTO	OBSERVACIÓN
1. Se explicita competencias referidas al cuidado familiar.		
2. Se explicitan contenidos referidos al cuidado familiar.		
3. Se explicitan estrategias para desarrollar las competencias para el cuidado familiar (comunicación, emprendedorismo, gestión del conocimiento, trabajo colaborativo).		
4. Horas teóricas destinadas al desarrollo de los aspectos referidos al cuidado de la familia.		
5. Horas prácticas destinadas al desarrollo de los aspectos referidos cuidado familiar.		
6. Escenarios donde se desarrolló el cuidado de la familia.		
7. Metodologías seleccionadas para abordar la temática sobre cuidados de la familia.		
8. Criterios relacionados a evaluar las competencias para el cuidado familiar.		
9. Instrumento de evaluación utilizado para valorar las competencias en el cuidado familiar.		



ANEXO N.º 7

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La investigación, titulada *Proceso formativo del estudiante de enfermería para el desarrollo de competencias en el cuidado a la familia, 2013*, es realizada por la Enf. María Margarita Fanning Balarezo, y asesorada por la Dra. Sofía Lavado Huarcaya, con el objetivo de proponer un esquema conceptual del proceso formativo que permita el logro de competencias para el cuidado familiar de enfermería, por ello, se iniciará caracterizando el proceso formativo que orienta el desarrollo de competencias para dicho cuidado.

En este sentido le solicitamos su participación asegurándole confiabilidad, transparencia, confianza, respeto mutuo y profesionalidad de la persona que realizará la investigación.

Se le garantiza que no será sometido a ninguna situación que le pueda generar malestar, la técnica que se usará para la recolección de datos será la entrevista semiestructurada en un ambiente tranquilo, confortable y privado. La información solo será usada para fines de investigación y las transcripciones de las entrevistas serán guardadas rigurosamente por la investigadora hasta su incineración cuando ya no sean útiles para el estudio. Asimismo le informamos que puede retirarse del estudio cuando crea conveniente, sin que le genere ningún costo u otra consecuencia.

Conociendo toda esta información, declaro que acepto participar voluntariamente en este estudio, dada su trascendencia en la formación de futuros profesionales.

Chiclayo, enero de 2013

.....
Firma del Participante

.....
Firma de la Investigadora

Teléfono de contacto: 265108- Chiclayo